RADFORD LIBRARY,

Saint Mary's Hospital, Manchester.

This Book to be returned in _____ *days.*

Fine for overtime _____ *per day.*

Note.—No book can be renewed if wanted by another reader, nor unless brought to the Library for that purpose.

It is requested that the leaves of books may not be turned down,—that no person will write in them,—and that the greatest possible care may be taken of them.

EXTRACTS FROM THE RULES.

That each Medical Officer shall be allowed not more than two works out of the Library at one time, and not more than two volumes of each work.

That Registered Medical Students shall be allowed to take out books every Tuesday and Saturday, from eleven till one, or at such hours as may be ordered from time to time by the Board.

That each Registered Medical Student shall be allowed to have not more than one book out of the Library at the same time, unless the work consist of two or more volumes, and in no case more than two volumes.

J. G. Grosse

RÉPERTOIRE
MÉDICO-CHIRURGICAL
ET OBSTÉTRICAL.

SOMMAIRE DU TOME SECOND.

—

RÉPERTOIRE

MÉDICO-CHIRURGICAL

ET OBSTÉTRICAL,

OU CHOIX DE MONOGRAPHIES, THÈSES, MÉMOIRES, ETC.,

SUR

LA MÉDECINE, LA CHIRURGIE

ET L'ART DES ACCOUCHEMENTS;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

TOME SECOND.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ TYPOGRAPHIQUE BELGE, AD. WAHLEN ET COMPAGNIE.
H. DUMONT, GÉRANT POUR LA MÉDECINE ET LES SCIENCES ACCESSOIRES.
LONDRES. — DULAU ET COMP^e., LIBRAIRES.

1837.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR

LE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL,

ET SPÉCIALEMENT

SUR LA LOI DE COÏNCIDENCE DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE,

AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ

DE LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP

DANS SON TRAITEMENT;

PAR J. BOUILLAUD,

Professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Paris.

His observatis, nemo rationis capax jure in his morbis vituperare missionem sanguinis potest, sed mirificè et tanquam divinum auxilium commendare, extollere, et confidenter usurpare.

BOTAL, *De Curatione per venæ-sectionem.*

PRÉFACE.

Jusqu'à ces derniers temps, l'histoire du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire aigu en particulier était restée à peu près stationnaire ; que dis-je ? sous certains points de vue, nos connaissances sur cette maladie avaient réellement rétrogradé. En effet, dans Sydenham et dans Stoll, on trouve sur les causes, la nature et le traitement du rhumatisme articulaire, des notions positives que certains *classiques modernes* ont entièrement méconnues. Qui croirait, par exemple, qu'on a pu, de nos jours, pousser la manie de lèse-observation, au point de proclamer que les alternatives de chaud et de froid ne jouent presque aucun rôle dans la production du rhumatisme articulaire aigu ; que cette affection ne doit pas être classée dans la grande famille des phlegmasies ; qu'*elle est du nombre des maladies sur lesquelles l'anatomie pathologique ne nous a rien appris de certain*, etc. ?

J'espère que les recherches sur lesquelles nous appelons aujourd'hui l'examen du public médical, feront justice de ces étranges hérésies, et ramèneront dans la voie de la saine observation une foule de jeunes gens que l'influence d'un mauvais enseignement en avait éloignés. Toutefois, le principal objet de cet opuscule n'est pas tant de réfuter quelques erreurs ainsi généralement répandues sur divers points de l'étude du rhumatisme articulaire aigu, que de faire part à nos confrères de ce que de récentes recherches nous ont appris de nouveau sur la coïncidence de cette maladie avec l'inflammation du tissu séro-fibreux interne et externe du cœur, et sur l'efficacité des émissions sanguines pratiquées d'après une formule qui nous est propre.

C'est, j'oserai le dire, une découverte digne de quelque attention que celle de la coïncidence, à peu près constante, soit d'une endocardite, soit d'une péricardite, soit d'une endo-péricardite, avec un violent rhumatisme articulaire aigu. Ce fait, que de journalières observations confirment de plus en plus (1), est d'une si grande importance, qu'il constitue en quelque sorte une véritable révolution dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Je ne m'étonne point qu'il ait trouvé de si nombreux contradicteurs : c'est le sort de toutes les vérités nouvelles de quelque portée. Mais ce que je ne crains pas de prédire, c'est que d'ici à très peu de temps on ne concevra pas comment un fait si commun a pu se dérober à la connaissance des médecins qui nous ont précédé dans la carrière de l'observation. Parmi les nombreuses personnes qui, depuis trois ans, en ont été témoins à notre clinique, je citerai MM. Capuron ; Jules Pelletan et Donné, chefs de clinique ; Lecouteulx, aide de clinique ; Desclaux, Raciborski, Tournier, Péturet, Denise, Lalanne, Bressan, Nauthonnier, Clémenceau, Chevé, Fournet, l'un des internes les plus distingués des hôpitaux ; Coquet-Dusablon, Faure, Chapel, Jallat, Michel, etc. Il n'est pas, d'ailleurs, un hôpital où l'on ne puisse chaque jour, si l'on a quelque habitude des précieuses méthodes de l'auscultation et de la percussion, vérifier le nouveau fait que nous avons découvert.

Ce n'était pas une chose oiseuse non plus que d'apprendre à guérir en une, deux ou trois semaines, une maladie qui faisait le désespoir de ces modernes praticiens, dont le nom fait autorité, dont la pratique fait loi. Et il importe d'autant plus d'en finir promptement avec cette maladie, réputée jusque là si rebelle, qu'en se prolongeant elle entraîne, chez un grand nombre de sujets, d'incurables *lésions organiques du cœur*, tristes et funestes reliquats de cette endocardite et de cette péricardite que l'on avait méconnues avant nous. Or (et cette remarque est bonne à noter), nous sommes parvenu à dompter cet indomptable rhumatisme articulaire aigu, précisément par la méthode des émissions sanguines, qui, suivant quelques uns des plus célèbres cliniciens de nos jours, entre autres MM. Chomel et Louis, ne pouvait rien ou presque rien contre la longue durée d'une telle maladie. Il est vrai que, pour obtenir de cette puissante méthode les succès que nous annonçons (sans crainte d'être démenti par aucun de

(1) Depuis que nous avons commencé la composition de ce travail, de nouvelles observations sont venues appuyer celles qui s'y trouvent rapportées. Nous avons en ce moment, par exemple, aux nos 2, 4 et 10 de la salle des hommes, au no 6 de celle des femmes, quatre remarquables cas d'inflammation du tissu séro-fibreux du cœur chez des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu. Chez l'un des malades (no 4, salle Saint-Jean-de-Dieu), il est survenu de plus un double épanchement pleurétique, le plus commun des *accompagnemens* du rhumatisme articulaire aigu après l'endocardite et la péricardite. Un très habile observateur, notre honorable confrère M. le docteur Legroux, a constaté avec nous les signes *positifs* de cette complication.

ceux qui ont été témoins de notre pratique), nous avons dû la formuler autrement qu'on ne l'avait encore fait. C'est en appliquant au traitement du rhumatisme articulaire aigu cette formule des *larges émissions sanguines pratiquées coup sur coup*, dont nous avons usé avec tant de bonheur, dans le traitement de toutes les phlegmasies aiguës graves en général, que nous avons enfin triomphé, sans une trop grande résistance, d'un mal qui s'était en quelque sorte joué de la méthode des émissions sanguines, telle qu'elle est vulgairement employée.

Les bienfaits de cette formule sont vainement contestés par des médecins qui ne l'ont point expérimentée : le jour viendra bientôt où l'on n'osera plus les nier. Au reste, ce n'est pas d'aujourd'hui que les émissions sanguines généreuses ont trouvé des adversaires. Vaincu par les préjugés de son siècle, le grand Sydenham dut quelquefois renoncer à tirer la quantité de sang qu'il avait jugé convenable. (Voy. *Thomæ Sydenham opera medica*, t. Ier, p. 74, édit. M DCC XXXVI.)

Botal, qui, de son temps, fut le plus ardent apôtre de la saignée, n'eut pas toujours à se louer de l'accueil qu'il reçut de quelques uns de ses contemporains. Lui-même, en revanche, les traita quelquefois assez durement, témoin le passage suivant de son livre intitulé : *De Curatione per venæ-sectionem*, ch. VII : *At in tantâ timiditate et parcâ detractione sanguinis, quî fieri potest, ut qui rectè possit judicare quantùm ex in pestilenti morbo prodesse valeat, aut obesse ? Non enim morbus pro cujus requirebatur detractio librarum quator sanguinis, in quo una tantùm detrahitur, si hominem interficiat, ideo interficit, quia sanguis est missus, sed quia non justo modo missus est, nec fortè etiam opportunè.* VERUM NEBULONES NEQUISSIMI ET IGNAVISSIMI ID SEMPER CULPAM CONVERTERE SATAGUNT, NON QUOD NOCUIT, SED QUOD PER FAS ET NEFAS A CUNCTIS VITUPERARI EXOPTANT.

On voit, par ces derniers mots, que Botal a un peu profité du privilége que possède le *latin de braver l'honnêteté, en prose* comme *en vers*. Sous ce rapport, nous nous félicitons doublement d'écrire en français, cette langue polie par excellence. Mais nous pouvons, je crois, sans blesser en rien la politesse dont se pique notre langue, appliquer à quelques uns de nos contemporains ce que Botal disait de quelques uns des siens, savoir : qu'ils *s'appliquent moins à critiquer ce qui nuit que ce qu'ils veulent que tout le monde blâme* PER FAS ET NEFAS, pour nous servir des expressions de Botal.

Que si les Botal et les Sydenham ont essuyé de tels obstacles dans l'emploi de leurs formules des émissions sanguines, que sera-ce de la nôtre, qui choque les opinions reçues plus encore que les précédentes, et qui n'a pas un grand nom pour soutien ?

Quoi qu'il arrive de ce que l'opuscule que nous publions peut contenir de nouveau, nous saurons, s'il le faut, mettre en pratique cette maxime de l'Hippocrate anglais : *Si qui reperiantur, qui vitio statim vertunt, si quis novi aliquid, ab illis non prius dictum, vel etiam inauditum, in medium proferat, hujus modi ego homines æquo me animo laturum spero.* (SYDENHAM, *Opera Medica*, t. I, p. 4, édit. M DCC XXXVI.)

NOUVELLES RECHERCHES

SUR

LE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL,

ET SPÉCIALEMENT

SUR LA LOI DE COINCIDENCE DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE (1),

AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ

DE LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP DANS SON TRAITEMENT.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Il semble, au premier abord, que rien ne soit plus banal, et pour ainsi dire plus rebattu, que l'histoire du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire aigu en particulier. Il n'en est rien cependant, et j'ose espérer que les recherches qui sont l'objet de ce travail offriront quelque intérêt et quelque nouveauté. Elles prouveront, si je ne me trompe, que sur ce sujet, ainsi que sur tant d'autres, il restait encore à glaner après nos devanciers, et qu'il devait subir cette grande loi de progrès et de réforme, qui anime, féconde et régit toutes choses en médecine comme ailleurs.

Le point de vue le plus neuf et le plus curieux de ces recherches est, sans contredit, la coïncidence de l'inflammation du tissu séro-fibreux interne et externe du cœur (endocardite et péricardite *rhumatismales*) avec le rhumatisme articulaire aigu.

Il y a trois ans environ que des observations recueillies avec soin me firent entrevoir cet important rapport. Voici, d'ailleurs, à quelle occasion je fus conduit à fixer toute mon attention sur le grand fait qui nous occupe. En auscultant les bruits du cœur chez quelques individus, atteints encore ou déjà convalescens d'un rhumatisme articulaire aigu, je ne fus pas médiocrement surpris d'entendre un fort bruit de râpe, de scie ou de soufflet, tel que je l'avais si souvent rencontré dans les cas d'induration *chronique* ou *organique* des valvules, avec rétrécissement des orifices du cœur. Or, toutes les circonstances s'opposaient à ce qu'on pût soupçonner une affection de cette espèce, chez la plupart des rhumatisans alors soumis à notre observation. En effet, plusieurs étaient pour la première fois atteints de rhumatisme articulaire, et avaient joui jusque là de la plus parfaite santé. Je me rappelai alors quelques autres cas de maladie aiguë du cœur pendant le cours de laquelle j'avais entendu le bruit de soufflet ou de râpe, et je résolus d'explorer attentivement le cœur et ses fonctions chez tous les rhumatisans que je rencontrerais. Grâce à cette exploration, je ne tardai pas à reconnaître qu'une affection aiguë du cœur, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, avec fièvre violente, n'était point un simple accident, une complication rare, pour ainsi dire fortuite, mais bien un *accompagnement* des plus ordinaires de cette maladie.

Nous allons tâcher de déterminer la *loi* précise de cette coïncidence dans le premier chapitre de ces Recherches : toutefois j'exposerai d'abord, dans la note ci-dessous l'état où se trouvait la science avant nos travaux (2).

(1) L'inflammation de la membrane interne des vaisseaux accompagne souvent aussi le rhumatisme articulaire aigu, et je me propose de traiter plus tard ce sujet, qui n'est en quelque sorte qu'une annexe de celui qui va nous occuper ici.

(2) Il y a bien long-temps déjà qu'on avait vaguement parlé de *goutte remontée au cœur, de rhumatisme qui se porte sur le cœur*, etc., etc. Mais, outre qu'on n'avait nullement déterminé la *nature* de ces *métastases goutteuses ou rhumatismales*, elles

étaient considérées comme des *accidens* et non comme évènemens fort ordinaires.

Plus tard, quelques observateurs, en parlant des métastases rhumatismales, placèrent, à la vérité, la péricardite au nombre des *accidens* que ces métastases pouvaient entraîner; mais ils ne s'en occupèrent que fort légèrement, et pour ainsi dire en passant. Il ne sera pas, d'ailleurs, hors de propos de faire connaître, avec quelques détails, la doctrine de plusieurs auteurs célèbres sur cette matière.

Et d'abord, n'est-ce pas une chose assez singulière que l'un des plus grands observateurs de la fin du dernier siècle, Stoll, n'ait absolument rien dit de l'inflammation rhumatismale du cœur, lui qui a si longuement et si heureusement insisté sur tant d'autres fluxions ou inflammations rhumatismales, telles que la pleurésie, l'angine, la dyssenterie, le coryza, le catarrhe, et la phrénésie elle-même?

Dans un passage de son immortel *Essai sur les maladies du cœur*, Corvisart a dit : « qu'il était tenté de regarder, entre autres, » comme cause fréquente d'une des trois espèces d'adhérence du » péricarde qu'il admet, les affections rhumatisantes et goutteuses:» et cependant en traitant des causes de la péricardite en général, cet illustre médecin ne dit aucun mot de la coïncidence de cette maladie avec le rhumatisme articulaire.

M. Laënnec n'a point signalé non plus cette coïncidence.

Elle paraît avoir également échappé à M. Chomel, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant sa dissertation inaugurale sur le rhumatisme, et plusieurs des *comptes rendus de sa clinique*. Il n'en est point question, par exemple, à propos des dix-huit cas de rhumatisme qui font partie du résumé de l'année 1833, ni à l'occasion des quarante-neuf cas de la même maladie que contient le résumé de l'année scolaire 1834-1835, bien que, dans ce dernier résumé, on ait consacré quelques lignes au siége du rhumatisme dans les organes intérieurs. (*Lancette française*, nos des 10 septembre 1833 et 1 octobre 1835.)

Après avoir rapporté (*Clinique médicale*, tome 1, 2 édit. 1829) une observation de péricardite, consécutive à la disparition d'un rhumatisme, et qui fut mortelle en vingt-sept heures, M. le professeur Andral s'exprime ainsi dans une note : « La métastase rhu» matismale n'est pas toujours suivie de la production d'une péri» cardite, d'une pleurésie, ou d'une pneumonie. Ce qui prédomine » en plus d'un cas de ce genre, c'est la lésion de fonction, qui est » plus grave que ne paraît être la lésion de texture... La même » cause qui, dans un même jour, produira des douleurs dans dix » articulations différentes qu'on verra revenir à l'état sain aussi » rapidement qu'elles étaient devenues malades, cette même cause, » dis-je, peut donc, lorsqu'elle vient à porter son influence sur » quelque partie interne, y déterminer 1° une simple modifica» tion d'action ou *dynamique*, 2° une lésion d'organisation. Cette » seconde lésion n'est que consécutive à la première, et est plus » rare qu'elle. «

Ces réflexions de M. le professeur Andral sont au fond, parfaitement justes. Nous pensons seulement qu'il ne faudrait pas toujours confondre, *sous le point de vue du siége*, et les *modifications d'action et la lésion d'organisation* qui peuvent survenir, lorsque la cause rhumatismale *porte son influence sur quelque partie interne*. Mais je reviendrai plus loin sur ce point délicat de l'histoire des affections rhumatismales.

Dans son beau mémoire sur la péricardite, M. Louis, en traitant des causes de la maladie, n'a point parlé de sa coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu.

Dans le passage suivant de l'introduction de son ouvrage sur les maladies du cœur, M. le docteur Hope s'est aussi occupé du sujet que nous étudions : « Dans le rhumatisme aigu, dit-il, il n'y a pas » de danger plus commun et plus formidable que l'inflammation du » cœur et de ses membranes. Si on la néglige quand elle existe à » un haut degré (et même alors elle constitue une des maladies les » plus obscures et les plus insidieuses), le malade succombe pres» que toujours aux effets immédiats de l'attaque, ou vit encore un « peu de temps, martyr d'une incurable affection organique du » cœur. » A l'époque où j'ai fait les recherches consignées dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, je n'avais aucune connaissance de cette assertion de M. Hope, au développement de laquelle il n'a, d'ailleurs, destiné aucune partie de son ouvrage. S'il eût bien observé un grand nombre de cas de péricardite *rhumatismale*, il n'aurait pas écrit que le *malade succombe presque toujours aux effets immédiats de cette maladie portée à un haut degré, et que même, alors, elle constitue une des maladies les plus obscures et les plus insidieuses*. Quiconque lira de bonne foi l'ouvrage, d'ailleurs excellent, de M. Hope, conviendra que cet habile observateur n'a guère ajouté à ce qu'on savait avant lui sur la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu avec la péricardite, et que la coïncidence plus fréquente encore peut-être de la même maladie avec l'endocardite, n'était guère connue de lui.

Il est si vrai que M. Hope n'avait pas approfondi cette grave question, qu'il n'en a pas même dit un seul mot dans le chapitre qu'il a consacré à l'inflammation de l'intérieur du cœur et des artères, chapitre où il n'a presque fait que répéter ce que nous avions dit nous-même dans le *Traité des maladies du cœur* de 1824, en nous occupant du même sujet. Jusqu'à nous, cette inflammation était si peu connue, qu'elle n'avait pas même encore reçu de nom particulier, et qu'elle n'avait point été décrite à part.

Au reste, une preuve sans réplique de la nouveauté du fait que nous signalons, c'est que, comme nous le verrons plus loin, il est assez généralement constaté encore aujourd'hui, malgré ce que nous en avons dit dans le *journal hebdomadaire*, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dans le *Traité clinique des maladies du cœur* surtout, malgré ce qu'ont écrit à ce sujet plusieurs jeunes médecins qui ont assisté à notre clinique, au premier rang desquels je placerai M. le docteur Desclaux. (Voy. sa Dissert. inaugur.; Paris, 1835.)

CHAPITRE PREMIER.

DÉTERMINATION DE LA LOI DE COINCIDENCE DE L'ENDOCARDITE ET DE LA PÉRICARDITE OU INFLAMMATION DU TISSU SERO-FIBREUX INTERNE ET EXTERNE DU COEUR, AVEC LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Je diviserai ce chapitre en deux articles : dans le premier, j'exposerai les *généralités* de mon sujet, et je dirai dans quel *rapport exact* l'endocardite et la péricardite coïncident avec le rhumatisme articulaire aigu; dans le second, je consignerai succinctement un certain nombre de nouveaux faits particuliers à l'appui de ce que j'aurai avancé.

ARTICLE PREMIER.

Exposition générale et discussion du sujet.

§ Ier.

Avant de résumer les nouveaux faits à l'épreuve desquels j'ai soumis dans le présent travail, ce que j'avais annoncé précédemment ailleurs sur la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, il importe de consigner ici les passages du *Traité clinique des maladies du cœur* qui sont relatifs à ce sujet. Les voici :

« La péricardite existe chez la moitié envi» ron des individus affectés d'un violent rhu» matisme articulaire aigu. Sous ce point de » vue, la péricardite n'est, en quelque sorte, » qu'un des élémens de la maladie dite rhuma» tisme articulaire aigu; laquelle, considérée » d'une manière plus large et plus exacte qu'on

» ne l'a fait jusqu'ici, constitue une inflamma-
» tion de tous les tissus séro-fibreux en général,
» développée sous une influence spéciale. Or,
» le péricarde étant de nature séro-fibreuse,
» comme le tissu où réside le rhumatisme arti-
» culaire proprement dit, il n'est pas étonnant
» que la péricardite coïncide si souvent avec
» ce dernier; que le rhumatisme du péricarde,
» en un mot, ait lieu dans les circonstances qui
» produisent un rhumatisme des synoviales ar-
» ticulaires et des tissus fibreux sur lesquels
» elles se déploient, lequel n'est, pour ainsi
» dire, qu'une péricardite articulaire.

» L'endocardite, à l'instar de la péricardite,
» se manifeste sous les mêmes influences que le
» rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours
» duquel on la voit souvent éclater. Toutefois,
» bien que cette phlegmasie puisse ainsi se dé-
» velopper d'une manière purement *métastati-*
» *que* suivant l'expression de certains patholo-
» gistes, il n'en est pas moins vrai que, le plus
» souvent, du moins d'après les faits qui nous
» sont propres, le tissu séro-fibreux interne du
» cœur se prend *en même temps* que celui des
» articulations.

» Au reste, n'oublions pas que l'endocardite
» et la péricardite rhumatismales marchent
» presque toujours de compagnie.

» Jusqu'ici, les phlegmasies aiguës du cœur
» concomitantes du rhumatisme, avaient été
» entièrement méconnues dans la très grande
» majorité des cas; et comme elles n'avaient
» point été combattues convenablement, plu-
» sieurs ont dû passer et sont effectivement
» passées à l'état chronique. De là ces lésions
» organiques du cœur, sur l'origine desquelles
» si peu d'auteurs nous avaient laissé quelques
» données satisfaisantes; de là de graves lésions
» dans les valvules, et par suite ces *asthmes*
» *goutteux* de certains praticiens.

» Et qu'on ne croie pas que les idées ci-des-
» sus énoncées constituent une de ces oiseuses
» théories auxquelles les bons esprits ont dé-
» sormais renoncé sans retour. Non, non; et
» chaque jour, au lit des malades, les vrais ob-
» servateurs pourront apprécier à leur juste va-
» leur les réflexions que nous soumettons à leur
» jugement éclairé. Qu'ils assistent à ces clini-
» ques où l'on voit les rhumatismes articulaires
» aigus durer trente, quarante jours et au-delà,
» et ils verront si, comme le soutiennent quel-
» ques classiques praticiens, la réaction fébrile
» qui survit à la période inflammatoire du rhu-
» matisme, est une nouvelle espèce de *fièvre*
» *essentielle*, ou si elle ne se rattache pas, au
» contraire, dans un grand nombre de cas, soit
» à une péricardite, soit à une endocardite, soit
» à une endo-péricardite, méconnues. »

Les propositions que nous venons d'extraire du *Traité clinique des maladies du cœur*, ne sont pas, je le répète, de ces vaines hypothèses, si justement bannies du domaine de la médecine *exacte et positive*, mais bien de ces assertions qui découlent naturellement et comme d'elles-mêmes du rapprochement d'un grand nombre de faits bien *observés*, bien *comptés* et bien *pesés*. Il s'agit maintenant de rappeler ces faits aux lecteurs, que nous renvoyons pour les détails à l'ouvrage où ils ont été rapportés.

§ II.

Le nombre des observations particulières contenues dans les deux chapitres du *traité* indiqué consacrés à la *péricardite* et à l'*endocardite*, s'élève à 92, savoir : 37 pour la péricardite, et 55 pour l'endocardite. Or, sur ces 92 observations, on en compte 31, dans lesquelles la péricardite et l'endocardite coïncidaient avec un rhumatisme articulaire, savoir : 17 pour la péricardite, et 14 pour l'endocardite. Ainsi donc, la moitié des péricardites environ et un quart des endocardites existaient chez des individus rhumatisans. Par conséquent aussi, chez le tiers environ des sujets affectés de la péricardite ou de l'endocardite, on avait constaté la présence d'un rhumatisme articulaire (1).

Il est démontré par ces chiffres, encore une fois, que l'inflammation du péricarde et de l'endocarde a coïncidé avec un rhumatisme articulaire dans le tiers des cas. Mais nous sommes loin de prétendre que, pour les deux autres tiers des cas, il n'en soit aucun dans lequel ait existé un rhumatisme articulaire. En effet, il est beaucoup de ces cas qui manquent de détails étiologiques; et il nous paraît assez probable que parmi ces derniers, un certain nombre appartenait aussi à la catégorie de la péricardite et de l'endocardite *rhumatismales*.

§ III.

Parmi les circonstances qui auraient pu mettre au moins sur la voie de la découverte du fait que nous développons, on doit, sans doute, placer au premier rang cette fièvre violente, avec *palpitations*, avec pouls plein, fort et vibrant, quelquefois irrégulier, intermittent, qui survit assez souvent à la fluxion articulaire. Pour trouver l'explication de cette sorte de mystère pathologique, pour localiser enfin la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, comme on dit, il eût suffi de soumettre à une attentive et rigoureuse exploration l'état du système circulatoire en général (le sang compris), et celui du cœur en particulier. Mais on n'y songea point : quelques praticiens paraissent avoir fait mieux. Par un reste d'attachement pour la doctrine de l'*essentialité* de tant de *fièvres*, ce dogme révéré, dont, malgré leurs efforts, la découverte des

(1) Voyez les observations 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 51, 52, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91 et 92 du *Traité clinique des maladies du cœur*.

phlegmasies du tube digestif, de celle surtout des plaques de Peyer, avait sapé les fondemens, ils *désessentialisèrent*, en quelque sorte par compensation, la fièvre dite rhumatismale. Il est vrai qu'ils sont sur le point de la *désessentialiser* à leur manière; et, si nous en croyons un journal, on rapporterait la fièvre *rhumatismale sans rhumatisme* à la *fièvre typhoïde*, c'est-à-dire à une fièvre qui a pour *caractère anatomique une affection des plaques de Peyer.*

Cette localisation nous paraît assez malheureuse, au moins dans les cas où tous les signes d'une péricardite ou d'une pleurésie avec épanchement, d'une endocardite, etc., sont tellement évidens, qu'ils ne sauraient échapper à l'œil le moins exercé. On dirait, en vérité, que certains observateurs ne sont pas moins habiles à trouver ce qui n'existe pas, qu'à méconnaître ce qui existe réellement.

§ IV.

Quoi qu'il en soit, ainsi que nous l'avons rappelé ci-dessus, nous avons avancé ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*), que dans la moitié des cas environ de rhumatisme articulaire aigu, cette maladie *coïncidait* avec une inflammation du double tissu séro-fibreux du cœur.

Le chiffre de cette coïncidence ou de ce *rapport* n'a pas manqué d'être taxé d'exagération; et il n'est pas de sorte d'argumens qu'on ne nous ait opposés. Voici les deux principales objections : Ceux-ci nous ont reproché *d'imaginer* la péricardite et l'endocardite; ceux-là ont répondu à notre assertion, que si effectivement nous avions rencontré si fréquemment la péricardite et l'endocardite, cela tenait à la *constitution médicale*, et qu'il ne fallait pas généraliser une exception, un fait de coïncidence accidentelle.

Quant à la première objection, ou plutôt à la première accusation, elle n'est pas assez polie, ni assez médicale, pour que nous y répondions sérieusement (1). Quant à la seconde, nous en appelons aux futures *constitutions médicales*, et nous aurons la plus grande obligation à ceux qui, comme M. le professeur Chomel, dans le dernier résumé de sa clinique, déjà cité, pourront nous offrir 49 cas *bien observés* de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels on ne signalera aucun exemple de péricardite ou d'endocardite. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer, à cette occasion, que le relevé dont il s'agit répond victorieusement à l'objection ci-dessus présentée, savoir que la *constitution médicale* a été la cause de la coïncidence de ces deux maladies avec le rhumatisme dans les cas que nous avons observés. En effet, nous avons recueilli ces faits à la même époque où M. Chomel rencontrait des faits en *apparence* opposés. Or, la *constitution médicale* était la même pour nous deux. Que signifie donc cette *apparente* contradiction? Que nous cherchions attentivement la péricardite et l'endocardite, et que d'autres ne les cherchaient pas. Et certes, c'est bien aussi en pareille matière que, pour trouver, il faut chercher, et chercher avec un grand soin, avec une persévérance que rien ne lasse et ne *rebute*.

§ V.

Quels sont donc, nous demandera-t-on, les signes certains d'une inflammation du tissu séro-fibreux du cœur (péricardite et endocardite)? Comme je les ai longuement exposés dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, je me contenterai de rappeler ici les plus positifs.

L'existence d'une péricardite est certaine chez un individu affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les symptômes suivans : matité de la région précordiale beau-

(1) Un jeune confrère, qui nous paraît peu familier avec l'art difficile d'observer, et qui n'en publie pas moins de *prétentieux* articles sur cette matière dans un *Journal mensuel*, M. le docteur P... regarde comme une hypothèse la péricardite rhumatismale. Dans ses réflexions vraiment *rares et curieuses*, sinon *intéressantes*, sur un cas de rhumatisme articulaire aigu (observé dans le service de M. Chomel), avec persistance de la fièvre dans toute son intensité, lorsqu'au bout de douze jours, toute douleur, toute tuméfaction des jointures eut disparu, il s'exprime ainsi : « *Ce fait n'a rien de rare, et il n'est pas besoin du tout pour* » *l'expliquer d'invoquer, comme je l'ai entendu faire dans une* » *autre clinique*, L'HYPOTHÈSE *d'une péricardite, parce que cette* » *supposition, à l'aide de laquelle on cherche à secouer l'im-* » *portunité d'une fièvre primitive, n'en impose pas à ceux qui* » *ont quelque habitude du diagnostic des affections rhumatis-* » *males.* » Savez-vous, cher lecteur, ce qu'il est besoin d'invoquer dans ce cas, quand on a le bonheur, comme M. P..., de posséder *quelque habitude du diagnostic des affections rhumatismales?* La maladie complaisante qu'il faut invoquer, direz-vous peut-être, est la fièvre typhoïde. — Vous n'y êtes pas. M. P... reproche, en effet, à M. le professeur Chomel de faire quelquefois une pareille invocation. Ce qu'il faut donc invoquer pour expliquer la fièvre *rhumatismale* sans *rhumatisme*, c'est, d'après M. P... une *fièvre sudatoire*. Expliquer une *fièvre* par une *fièvre*, voilà certes une preuve sans réplique qu'on a une *grande habitude du diagnostic des affections rhumatismales*, et *quoi qu'on dire*, la fièvre sudatoire est quelque chose de plus simple et de plus satisfaisant que ces pleurésies, ces péricardites, ces endocardites, et tous ces autres grands mots en *ite* que M. P... paraît avoir en horreur, et *qu'il prend*, peut-être, *pour des termes de chimie*... En vérité, M. P... votre *fièvre sudatoire me paraît bien trouvée!* Que ne proclamiez-vous plus tôt cette belle découverte! Je me serais bien gardé, je vous jure, de *secouer l'importunité d'une fièvre primitive*, à l'aide de l'*hypothèse*, suivant votre heureuse et ingénieuse expression, de la péricardite ou de toute autre chose pareille. Aurais-je trouvé de la matité, de la voussure à la région précordiale, un bruit de râpe, de soufflet, de cuir neuf, etc., c'est la *fièvre sudatoire!* me serais-je écrié en vous rendant grâce; la *voilà! ce n'est point une hypothèse, nous la tenons!* Il est bien vrai que j'ai vu suer des fébricitans, et par exemple, ceux qui ont une simple fièvre intermittente, sans voussure à la région précordiale, sans matité; voir même sans bruit de râpe ou de soufflet du cœur; mais ce sont là des bagatelles dont *Hippocrate* n'a point parlé et qui ne font rien à la chose. Demandez-le plutôt à M. P..., *qui a une si grande habitude de* la clinique en général, *de la clinique des affections rhumatismales en particulier*, et auquel il sied par conséquent si bien de nous donner à tous *des leçons*.

coup plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée dans tous les sens); voussure de la même région; battemens du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher; bruits du cœur lointains, obscurs, accompagnés de différens bruits anormaux dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, et dont les autres proviennent quelquefois de la complication de la péricardite avec une endocardite valvulaire. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences du pouls, se joignent quelquefois aux symptômes précédens.

La coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu, est, pour nous, certaine, lorsque les signes suivans se présentent:

Bruit de soufflet, de râpe ou de scie dans la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présente aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale, les battemens du cœur soulèvent fortement la région précordiale, et ils sont assez souvent irréguliers, inégaux, intermittens, accompagnés parfois d'un frémissement vibratoire. Pouls dur, fort, vibrant, inégal, intermittent, comme les battemens du cœur.

On voit, par ce qui précède, qu'il y a des signes *communs* pour la péricardite et l'endocardite, et que les signes *différentiels* physiques ne sont pas toujours très tranchés. Aussi se présente-t-il des cas dans lesquels il est assez difficile de déterminer s'il existe une péricardite ou une endocardite, et si l'une de ces deux maladies, une fois bien reconnue, existe seule ou combinée avec l'autre. Ces cas sont ceux où la péricardite peut exister sans épanchement notable et avec production seulement de pseudo-membranes. Alors, en effet, les battemens du cœur sont sensibles au toucher, comme dans l'endocardite simple, et le bruit de scie ou de soufflet, le frémissement vibratoire de la région précordiale, peuvent se présenter dans ce cas comme dans l'endocardite. Au reste, on conçoit que cette distinction est réellement plus curieuse qu'utile. Il suffit, en effet, au praticien de savoir que l'une des deux maladies existe, puisque le traitement reste essentiellement le même, soit qu'il y ait seulement péricardite ou endocardite, soit qu'il y ait endo-péricardite.

Encore une fois, dans les cas bien tranchés, rien n'est plus aisé, avec de l'expérience et de l'habitude, que de reconnaître la présence d'une endocardite, ou d'une péricardite, ou d'une endo-péricardite rhumatismale. Mais, pour ces phlegmasies comme pour toutes les autres, il est des degrés légers, et je conviens que dans ces cas le diagnostic offre plus de difficultés et moins de certitude. Ce n'est réellement que par une longue fréquentation des hôpitaux, que l'on peut acquérir l'habileté nécessaire pour un tel diagnostic. Ce n'est pas, au reste, par des faits de cette dernière espèce que nous prétendons pouvoir démontrer la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous ferons seulement remarquer en passant que ce dernier serait bien souvent méconnu lui-même, dans les degrés légers, si, au lieu de constituer des parties extérieures, les articulations se trouvaient métamorphosées en des organes intérieurs; et cependant, pour avoir été méconnu, il n'en aurait pas moins existé: *tel est précisément le rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur.*

Que, si les individus chez lesquels on a constaté les signes que nous venons d'exposer succombent, l'autopsie cadavérique fait reconnaître les caractères anatomiques de la péricardite ou de l'endocardite, ainsi que le prouvent les observations 1re, 4e, 5e, 6e, 7e, 13e, 14e, 19e, 43e, 45e, etc., du *Traité clinique des maladies du cœur.*

C'est ici le lieu de revenir sur la distinction qu'il est si important d'établir entre la simple *modification d'action ou dynamique et la lésion d'organisation*, qui, comme l'a très bien dit M. Andral, peuvent être également déterminées par la *cause rhumatismale, lorsqu'elle vient à porter son influence sur quelque partie interne.*

Pour distinguer entre elles les deux espèces de lésion dont il s'agit, en ce qui concerne le cœur, il est indispensable de faire l'usage le plus éclairé des signes fournis par les méthodes *physiques* d'exploration, telles que la percussion et l'auscultation. Sans cela, la distinction est complètement impossible; et c'est parce qu'on s'en tient aux données fournies par les signes dynamiques, *fonctionnels*, tels que les palpitations, l'irrégularité, les intermittences des battemens du cœur et du pouls, etc., que journellement on prend pour des *lésions organiques du cœur*, de simples *affections nerveuses* et réciproquement. La fréquence des erreurs de cette espèce serait vraiment presque incroyable, si l'on ne savait combien de praticiens sont encore de nos jours trop peu familiarisés avec les méthodes de la percussion et de l'auscultation; et, ce qui mérite d'être remarqué, c'est que plusieurs médecins commettent cette erreur sur eux-mêmes. Il serait trop long de détailler ici tout ce qu'il convient de faire pour éviter l'erreur qui nous occupe: il me suffira de rappeler que *jamais les lésions dites nerveuses ou dynamiques* du cœur, LORSQU'ELLES SONT PURES ET SIMPLES, ne produisent les signes physiques exposés plus haut. Ainsi donc, toutes les fois qu'on observera des douleurs, *des palpitations dans la région précordiale, des irrégularités, des intermittences dans*

les battemens du cœur, avec ou sans imminence de syncope, oppression, etc., et que ces phénomènes *dynamiques* ne seront pas accompagnés de matité anormale dans la région précordiale, de bruit *permanent* de soufflet, de scie ou de râpe, etc., etc., on peut être certain qu'il n'existe point réellement d'endocardite ou de péricardite.

Si les phénomènes *dynamiques* ou *fonctionnels* dont il s'agit se lient à une affection rhumatismale extérieure, la lésion dont ils dépendent est à l'endocardite et à la péricardite ce que sont les névralgies simples rhumatismales des membres à l'arthrite également rhumatismale. Cette lésion est une sorte de *névralgie rhumatismale du cœur*, soit isolée, soit combinée à la névralgie des nerfs phréniques, intercostaux, etc. Mais la *névralgie* du cœur s'exprime, se traduit par une lésion de mouvement, et non par une douleur véritable, parce que les nerfs du cœur sont des nerfs du mouvement et non du sentiment; et, sous ce point de vue, le mot *névralgie* ne convient pas ici, non plus que dans le cas où la lésion que représente ce mot affecte des nerfs extérieurs destinés seulement au mouvement, tel que celui de la septième paire (nerf facial), par exemple (1).

§ VI.

Une objection que l'on ne manquera pas de nous faire, sera celle-ci : il est reconnu, dira-t-on, par tous les médecins, que rien n'est plus grave que l'inflammation du cœur; or, le rhumatisme articulaire aigu n'entraîne presque jamais la mort; donc il n'est pas possible que cette inflammation du cœur soit aussi commune que vous le soutenez.

Le vice de cette argumentation est facile à faire ressortir. En effet, l'inflammation du cœur n'a jusqu'ici paru aussi funeste que par la raison qu'on ne reconnaissait guère cette inflammation que chez les individus qui succombaient. Déjà, M. Louis, dans son mémoire, a prouvé qu'on avait exagéré la gravité de la péricardite. Les faits qui me sont propres font plus que confirmer l'assertion de M. Louis en ce qui concerne la péricardite, et, de plus, ils ne permettent pas de douter que l'endocardite intense, bien que plus grave, en général, que la péricardite, ne laisse vivre un bon nombre des individus qu'elle attaque, même quand le traitement a été manqué.

Toutefois, s'il est vrai que les inflammations aiguës du cœur sont bien moins funestes qu'on ne l'avait prétendu, il n'est que trop certain aussi qu'en se prolongeant, elles laissent ordinairement à leur suite *des lésions dites organiques* auxquelles les individus finissent par succomber, quand elles affectent des parties dont les fonctions sont nécessaires à la vie. C'est là précisément ce qui arrive, lorsque l'endocardite a été suivie de l'épaississement, de l'induration, des adhérences, des végétations des valvules, avec déformation, insuffisance de ces soupapes organisées, rétrécissement des orifices, dilatation des cavités, hypertrophie de la substance musculaire, etc.

J'appliquerai, si l'on veut, d'ailleurs (toutefois, avec les restrictions convenables), à la péricardite et à l'endocardite rhumatismales ce que Stoll a dit des autres inflammations rhumatismales, savoir, qu'elles sont, en général, moins graves que l'*inflammation vraie* de cet auteur (2). Il me semble qu'une des principales causes de cette différence vient de ce que l'*inflammation* dite *rhumatismale* s'étendant en général beaucoup en surface, mais peu en profondeur, tandis que l'*inflammation vraie* de Stoll acquiert en profondeur et en intensité ce qu'elle perd en étendue, la première doit céder bien plus facilement que la seconde. On dirait que, dans l'inflammation rhumatismale, les nombreuses parties dans lesquelles siége la maladie jouent, en quelque sorte, les unes par rapport aux autres, le rôle de *révulsifs*, et que le sang et l'influx nerveux, sollicités à la fois vers tant de points différens, ne peuvent s'y porter en quantité suffisante pour constituer une profonde et *tenace* inflammation. Quoi qu'il en soit de ces vues rationnelles, dont je ferai aussi bon marché qu'on voudra, toujours est-il que la péricardite et l'endocardite rhumatismales ne sont pas aussi graves qu'on aurait pu le soupçonner *à priori*, et que la péricardite en particulier, la seule de ces deux phlegmasies sur laquelle les auteurs nous eussent légué quelques connaissances assez précises, n'est pas presque constamment mortelle, comme Corvisart nous l'enseignait.

§ VII.

Mais en voilà trop sur ce point; hâtons-nous de rapporter brièvement les nouveaux faits que nous avons recueillis, et résumons-les d'abord dans le présent paragraphe.

Depuis le commencement du mois d'août 1835 jusqu'au commencement du mois d'octobre suivant, j'ai recueilli vingt nouveaux cas de

(1) Je regrette que l'espace me manque ici pour approfondir toutes les questions que soulève l'étude du *rhumatisme des nerfs*, et spécialement du nevrilème.

(2) Je suis obligé d'avouer néanmoins que je n'ai pu trouver dans Stoll une définition précise de ce qu'il appelle l'*inflammation vraie*, et de ce qu'il désigne sous le nom d'*inflammation rhumatismale*. Je suppose que, par la première de ces expressions, il a voulu dire inflammation fixe, en quelque sorte phlegmoneuse et se terminant par la suppuration. Nous verrons plus loin que la différence qui existe entre les deux espèces d'inflammation comparées par Stoll, ne se rapporte pas réellement à leur nature, qui est toujours la même, mais à leur *degré*, à leur *forme*, à leur *siége*, à leurs *causes*, toutes choses fort variables.

rhumatisme articulaire, soit récent, soit ancien, dont voici le résumé sous le point de vue qui nous occupe.

J'ai partagé ces vingt cas en trois catégories : la première catégorie comprend les cas relatifs à un rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, accompagné d'une fièvre plus ou moins violente.

La troisième catégorie est affectée aux cas de rhumatisme articulaire léger, *apyrétique*.

Entre ces deux catégories, j'en ai placé une seconde contenant les cas dans lesquels une lésion dite organique du cœur s'est rencontrée chez des individus autrefois affectés d'un rhumatisme articulaire aigu prolongé et souvent *récidivé*. Cette catégorie de faits se lie étroitement aux deux autres. Elle vient à l'appui de la première, et, réciproquement, celle-ci vient à l'appui de l'autre. En effet, on ne connaît que la moitié d'une maladie, quand on ne l'a étudiée qu'à l'état aigu. Pour la connaître tout entière, il faut l'avoir étudiée à l'état chronique. Or, qu'est-ce que cette *lésion organique du cœur* des sujets autrefois atteints de rhumatisme articulaire, sinon l'endocardite et la péricardite sous forme chronique, c'est-à-dire avec productions accidentelles, avec transformation, épaississement, induration des tissus autrefois enflammés, etc. ?

Commençons par les quatre derniers cas (17e, 18e, 19e et 20e), dans lesquels le rhumatisme fut apyrétique. La seule remarque que nous ferons à leur égard, c'est qu'ils existèrent sans aucune affection des membranes séro-fibreuses du cœur. Ils confirment ce que nous avions déjà conclu de cas semblables, antérieurement observés, savoir que la *loi* de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu ne s'applique réellement, à quelques exceptions près, qu'aux cas dans lesquels cette maladie est accompagnée de fièvre et généralisée (1).

Parmi les neuf cas de la première catégorie, il en est six où l'on trouvait les signes les plus certains d'une inflammation *rhumatismale* du tissu séro-fibreux du cœur (1er, 2e, 3e, 7e, 8e et 9e). Dans les trois autres cas, cette coïncidence fut moins évidente. Toutefois, elle existait réellement chez les sujets de deux de ces cas (4e et 5e), et chez un seul seulement elle nous parut douteuse (6e cas).

Ainsi donc, huit fois sur neuf, un rhumatisme aigu de plusieurs articulations a été accompagné d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur.

Les sept cas compris dans la seconde catégorie ne peuvent pas n'être pas pris en sérieuse considération dans la question qui nous occupe, bien que l'affection organique du cœur (à laquelle était jointe, chez quelques malades, une lésion organique de l'aorte) ne se liât pas à un rhumatisme articulaire actuellement existant, mais bien à d'anciennes attaques de cette maladie. En effet, serait-ce par un simple effet du hasard que, sur sept cas de cette maladie, il ne s'en trouvât aucun dans lequel elle n'eût été précédée d'un rhumatisme violent et de très longue durée ? Pourrait-on soutenir une pareille opinion en face de ces autres faits dans lesquels un rhumatisme articulaire aigu actuellement existant est si souvent accompagné d'une endocardite ou d'une péricardite, c'est-à-dire d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur ? Ne vaut-il pas mieux reconnaître que, comme nous avons essayé de le démontrer ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*), c'est à cette dernière maladie, méconnue jusqu'ici, qu'il faut faire remonter une bonne partie des lésions dites organiques du cœur (2) ?

En définitive, la conclusion à tirer de ces nouveaux cas, prouve-t-elle que nous avions exagéré en disant que dans la *moitié* des cas de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, avec fièvre considérable, le tissu séro-fibreux du cœur se trouvait pris de la même manière que celui des articulations ?

Ne doit-on pas, au contraire, formuler la loi de cette coïncidence ainsi qu'il suit : dans la grande majorité des cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, à un degré variable, un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur ? Cette coïncidence est donc la *règle*, et la non-coïncidence, l'*exception*.

(1) Toutefois, il est quelques cas dans lesquels l'affection des articulations est légère, presque apyrétique, très mobile, et qui néanmoins nous présentent la coïncidence signalée. Nous en avons dans ce moment (27 octobre 1835], un très bel exemple chez le malade du n° 4, de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Chez lui, l'affection du cœur ne s'est bien dessinée que quatre à cinq jours après l'entrée, et pendant ces quatre ou cinq jours, les genoux et le poignet droit avaient été tour à tour le siége d'une fluxion que vingt-quatre heures suffisaient pour dissiper; le pouls était à 84-92 par minute. Dans des cas de ce genre, le rhumatisme se localise, se concentre sur le cœur comme il se concentre d'autres fois sur le genou, le pied ou la main.

(2) Ce n'est pas à dire pour cela que toutes les lésions organiques du cœur se rattachent à une ancienne affection rhumatismale : nous avons fait voir le contraire dans le *Traité clinique des maladies du coeur*. Mais plus on se familiarisera avec l'étude approfondie de ces maladies, plus on se convaincra de la vérité de ce que nous disons. Combien de fois n'ai-je pas annoncé d'avance la préexistence d'un rhumatisme articulaire aigu chez les individus atteints d'une *affection organique du coeur* et *combien de fois* cette sorte de *prédiction* ne s'est-elle pas trouvée juste !

ARTICLE SECOND.

Nouvelles observations particulières à l'appui de la doctrine précédente.

—

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, avec fièvre plus ou moins violente.

—

Premier cas.

Le 26 septembre 1835, M. le docteur Bouvier, alors chargé du service de M. Rullier, à la Charité, me fit engager à venir voir le malade couché au n° 14 de sa salle, lequel offrait les signes d'une affection du cœur coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu.

C'était un jeune homme de dix-neuf ans, qui était entré le 3 septembre à l'hôpital. Le rhumatisme articulaire pour lequel il fut admis datait déjà d'une semaine environ, était accompagné d'une forte fièvre, et avait envahi la presque totalité des articulations.

Le premier et le second jour de son entrée, on fit prendre au malade une potion avec huit grains d'émétique; il survint de copieuses évacuations par haut et par bas, sans notable soulagement. Les jours suivans, trois saignées furent pratiquées; puis on laissa marcher la maladie. Cependant deux saignées nouvelles furent encore faites, et, lorsqu'on eut reconnu une complication du côté du cœur, on recourut à une application de sangsues à la région cordiale.

Le 26 septembre, voici ce que j'observai :

A peine eus-je appliqué la main sur la région précordiale, que je sentis un très beau frémissement vibratoire, ce qui me fit annoncer aussitôt l'existence d'un bruit de soufflet, de râpe ou de scie. En effet, en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait un double bruit de scie, diffus, plus fort pendant la systole, avec sorte de râclement sec vers la pointe du cœur; ce bruit de frottement masquait le claquement valvulaire, ou plutôt l'absorbait à peu près complètement. Les battemens du cœur se faisaient sentir distinctement à la main, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, et la matité de la région précordiale occupait un espace au moins double de l'état normal (elle était de quatre à cinq pouces verticalement et transversalement), sans notable voussure de cette région, qui n'était douloureuse qu'à une assez forte percussion.

Les battemens du cœur et du pouls étaient très fréquens (124 par minute).

Les articulations des membres, celles des supérieurs surtout, étaient encore tendues, gonflées, douloureuses; abattement; amaigrissement; teint un peu terne, comme terreux.

DIAGNOSTIC. — *Endo-péricardite* (1), *avec développement de toute la masse du cœur.*

Je revis ce malade le 4 octobre suivant : les articulations étaient dégagées, mais la fièvre persistait toujours à un haut degré (128 pulsations). Le corps du malade était couvert de *sudamina* (2).

La matité de la région précordiale était alors accompagnée d'une voussure sensible, et la main appliquée sur cette région ne distinguait qu'assez obscurément les battemens du cœur (3). Le large bruit de scie est remplacé par un bruit de râpe qui ne masque pas complètement le claquement valvulaire.

23 octobre. — Fièvre avec 128-132 pulsations; le malade, immobile dans son lit, redoute le moindre contact, et des coussins soutiennent ses membres redevenus douloureux (il est aussi probablement écorché sur les parties qui supportent le poids du corps); sa peau est sèche, le marasme est très prononcé. Le malade nous a pas permis de percuter la région du cœur, mais nous avons noté les phénomènes fournis par le toucher, l'inspection et l'auscultation; la main sent assez obscurément les battemens du cœur, qui sont réguliers et sans frémissement vibratoire; la voussure est à peine marquée, mais elle n'est pas entièrement effacée; le bruit de râpe a diminué, sans doute, mais il est très distinct encore dans toute la région précordiale, et offre son maximum vers le point correspondant aux orifices gauches.

La respiration est précipitée (32 inspirations par minute), la parole entrecoupée, comme s'il s'était formé un épanchement pleurétique, ce qui nous paraît probable. Point de douleur, à l'état de repos, soit dans la région du cœur, soit dans les côtés; le malade ne paraît pas tousser plus qu'à l'état sain.

On prescrit un huitième d'alimens. — Le malade ne paraît pas s'inquiéter, d'ailleurs, de l'état très grave où il se trouve, et se croit mieux que par le passé.

(1) A cette époque, il nous sembla que la péricardite n'avait encore donné lieu qu'à l'exsudation de fausses membranes, qui étaient probablement une des causes du large bruit de frottement qu'on entendait : toutefois, le gonflement des valvules, et par suite le rétrécissement de quelque orifice, nous parut concourir à la production de ce phénomène.

(2) Le malade avait eu pendant plusieurs jours des sueurs très copieuses.

(3) La péricardite était sans doute accompagnée alors d'épanchement, et le bruit de râpe tenait à la lésion des valvules et des orifices.

Deuxième cas.

Un cocher de fiacre, âgé de 35 ans, est entré le 12 août 1835 à la clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22), au cinquième ou sixième jour d'un violent rhumatisme articulaire aigu (les pieds, les genoux, les mains, les poignets, les coudes et les épaules sont pris).

Pas de voussure bien notable dans la région précordiale au moment de l'entrée; battemens tumultueux du cœur, sensibles à la main qu'ils repoussent avec force, à l'instar de véritables palpitations. Après plusieurs battemens précipités, survient une intermittence : le choc du cœur contre la paroi pectorale fait entendre à l'oreille, appliquée sur la région précordiale, un beau tintement métallique ou argentin.

Les bruits valvulaires (tic-tac du cœur) sont sourds et comme étouffés. La région précordiale rend un son mat dans une étendue de 3 pouces verticalement et transversalement.

Pouls fort, plein, développé, vibrant, offrant des intermittences et des irrégularités, comme les battemens du cœur, à 120 pulsations par minute; chaleur vive de la peau et sueurs.

Les 16 et 17, cinquième et sixième jours après l'entrée, le cœur était entièrement dégagé; battemens réguliers à 84-88; bruits valvulaires revenus à leur état normal, clairs. — Deux pouces de matité verticalement, deux pouces six lignes transversalement.

Le 20, un refroidissement est suivi d'une rechute : mêmes phénomènes du côté du cœur qu'au moment de l'entrée. Ces phénomènes cèdent encore au bout de quelques jours de traitement.

Le 24, nouveau refroidissement, nouvelle rechute, 124 à 128 pulsations. Les intermittences, les irrégularités du pouls et des battemens du cœur, l'obscurité des bruits, etc., se manifestent une troisième fois. Cet état persiste les deux jours suivans, diminue les 27 et 28, puis se dissipe. Le pouls est resté vibrant, les battemens du cœur très forts, long-temps après la cessation des intermittences avec obscurité des bruits.

Le 13 septembre, à la sortie du malade, il ne restait aucun signe de maladie du péricarde ou de l'endocarde, sinon un très léger *râpement* péricardique (1).

Six saignées du bras; deux applications de ventouses scarifiées, et deux vésicatoires sur la région précordiale, pendant le cours de la maladie.

Le sang retiré s'éleva à 28 palettes ou à 7 livres environ.

Malgré les rechutes diverses que le malade essuya par son imprudence, il était guéri le vingt-cinquième jour. Toutefois, il n'avait pas encore repris son embonpoint et ses forces ordinaires.

Troisième cas.

Une femme de 35 ans, d'un embonpoint vraiment monstrueux, fut couchée, le 25 août 1835, au n° 5 de la salle Sainte-Madeleine. Elle était atteinte, depuis cinq jours, d'un des plus violens rhumatismes articulaires aigus qu'on puisse rencontrer (toutes les articulations des membres inférieurs et supérieurs étaient prises, ce qui condamnait la malade à l'immobilité la plus absolue). Fièvre très forte.

L'énorme obésité des seins ne nous permit pas de pratiquer avec fruit la percussion de la région précordiale; mais l'auscultation nous fit reconnaître un bruit de soufflet très distinct (nous ne constatâmes d'irrégularité et d'intermittence dans les battemens du cœur et dans le pouls que le septième jour après l'entrée de la malade, les articulations étant alors à peu près entièrement dégagées).

Premier jour de traitement. — Saignée de 6 palettes le matin et de 4 palettes le soir; dans l'intervalle des deux saignées, ventouses scarifiées sur la région précordiale (3 palettes).

Deuxième jour. — Saignée, 4 palettes, 40 sangsues.

Troisième jour. — Saignée, 4 palettes.

Quatrième jour. — Saignée, 3 palettes.

Cinquième jour. — La plupart des articulations ne sont plus enflées, ni douloureuses, la fièvre a disparu; il reste encore un léger souffle dans la région précordiale. — Commencement de convalescence. (Bouillons, compresses sur les articulations encore un peu enflées, 2 pilules d'extrait gommeux d'opium.)

Sixième jour. — Irrégularité du pouls. — On supprime le bouillon.

Huitième et neuvième jour. — Le pouls reprend sa régularité accoutumée.

A la suite de sueurs abondantes, la peau se couvrit, ainsi qu'il arrive ordinairement, de sudamina, de granulations miliaires et de taches rosées.

Le 11 septembre, quatorzième jour du traitement, la convalescence était bien caractérisée : pouls à 80-84; point de chaleur fébrile; articulations libres (seulement il restait encore quelques douleurs vagues). On reprend l'usage du bouillon; on augmente peu à peu les alimens. Les jours suivans, les petites articulations des mains ayant été légèrement reprises, il suffit pour les débarrasser de les couvrir de compresses enduites de cérat mercuriel et d'exercer une compression modérée.

Les opiacés, les bains, furent continués jus-

(1) Ce malade se rendait à Picpus pour y reprendre plus vite ses forces. Nous lui prédîmes qu'il rechuterait, et nous l'engageâmes à rester encore; mais il partit. Notre prédiction s'est accomplie, et un élève nous apprend qu'il est aujourd'hui (21 octobre) à Saint-Louis; mais la rechute, peu grave, à ce qu'il paraît, est actuellement guérie.

qu'au 25 septembre, époque à laquelle la malade mangeait le quart et commençait à marcher. Le bruit de soufflet du cœur avait entièrement disparu.

Elle sort le 5 octobre, guérie depuis plusieurs jours (le seizième jour après l'entrée, tout était fini), et mangeant la demie. Elle dit éprouver quelques douleurs dans les épaules, qu'elle remue néanmoins très bien.

Quatrième cas.

Le 23 septembre 1825, on coucha au n° 3 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme de 28 ans, atteint, depuis six à sept jours, d'un rhumatisme articulaire aigu, occupant particulièrement les articulations des pieds, des coude-pieds et des genoux, et accompagné d'une fièvre violente (le pouls ne bat toutefois que 92 fois à la minute).

Les bruits du cœur sont obscurs, étouffés, *mats* en quelque sorte, au point qu'on les distingue à peine; et cependant le premier jour où nous vîmes le malade, il n'y avait pas de matité anormale dans la région précordiale; mais il n'en était plus ainsi le lendemain. Ce jour-là, en effet, une matité de 3 pouces et demi transversalement et verticalement fut constatée, avec légère voussure de la région précordiale et bruits du cœur éloignés, profonds; la main ne sent pas les battemens de cet organe.

Les saignées coup sur coup firent promptement justice de la maladie (en cinq ou six jours), et la matité de la région précordiale disparut en même temps que les bruits du cœur se rapprochèrent de l'oreille. Ces bruits restèrent comme voilés, ce qui tenait à la présence d'une lame du poumon qui recouvrait le péricarde. On s'est assuré de cette dernière circonstance par la percussion, qui rend un son clair dans la région précordiale; et par l'auscultation, qui fait distinctement entendre dans ce point le murmure respiratoire.

A quoi pourrait-on attribuer les phénomènes signalés plus haut, sinon à un épanchement dans le péricarde, suite de la fluxion rhumatismale de cette membrane? L'endocarde, et spécialement les valvules, ont-ils été pris? Cela peut être, mais rien ne l'a prouvé d'une manière positive.

Cinquième cas.

Un jeune homme, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu accompagné d'une violente fièvre, fut couché au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (5 septembre 1835).

Battemens du cœur très forts, accompagnés d'un bruit de soufflet des plus prononcés.

Le cinquième jour d'un traitement par les saignées coup sur coup, le rhumatisme avait disparu, et avec lui la fièvre et le bruit de soufflet du cœur.

Point de rechute.

Le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital (il n'y avait pas encore quinze jours qu'il y était entré).

Sixième cas.

Le 21 septembre 1835, on coucha au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, une portière, âgée d'environ 30 ans, affectée depuis cinq à six jours d'un rhumatisme articulaire aigu. Le lendemain de son entrée, 23, elle offrait l'état suivant (1) :

Le rhumatisme occupe les pieds et les genoux, le droit principalement; et le moindre mouvement de cette dernière articulation, qu'elle ne peut étendre, fait pousser des cris à la malade (un oreiller soutient le jarret); la circonférence du genou droit est de 12 pouces 6 lignes, celle du gauche de 12 pouces 3 lignes; la peau est tendue, luisante, et sillonnée de veines plus dilatées qu'à l'état normal; pouls à 124, chaleur avec sueurs abondantes et *sudamina au cou*. La violence de la fièvre ne nous paraissait pas en rapport avec le petit nombre des articulations entreprises, et nous pensâmes qu'elle était probablement entretenue en partie par l'inflammation, ou si l'on veut, le rhumatisme du tissu séro-fibreux de l'appareil sanguin; il n'existait point de matité anormale dans la région précordiale, mais les battemens du cœur étaient très forts, et les *bruits valvulaires bien plus sourds qu'à l'état sain*, ce qui nous fit présumer l'existence d'une *endocardite* valvulaire au premier degré, celui de simple *fluxion* ou d'*hyperémie*.

Saignée, 4 palettes; ventouses scarifiées aux genoux, 3 palettes; puis compresses enduites de cérat mercuriel, et bandage légèrement compressif; boissons émollientes; diète.

22 au soir, le pouls est tombé à 90.

23, soulagement très notable: la malade étend son genou droit, et ne souffre plus que pendant les mouvemens brusques (la circonférence de cette articulation a diminué de 3 lignes, ainsi que celle de l'articulation opposée). — *Saignée, 3 palettes.*

24, bruits du cœur tout-à-fait clairs; douleurs des articulations nulles (circonférence du genou droit, 12 pouces; du gauche, 11 pouces 9 lignes); convalescence commençante.

25, genou droit, 11 pouces 10 lignes; gauche, 11 pouces 8 lignes; — résolution complète.

Quelques bains achevèrent le traitement.

Dès le 26 septembre, 6e jour après l'entrée, la malade mangea le huitième de la portion.

Elle sortit, le 5 octobre, parfaitement bien portante, nous remerciant beaucoup de l'avoir si promptement guérie.

(1) Le jour de l'entrée, une saignée de trois palettes lui fut pratiquée. Avant de venir à l'hôpital, douze sangsues avaient été appliquées sur le genou gauche.

Septième cas.

Vers les premiers jours du mois d'août 1835, on coucha au n° 8 de la salle Sainte-Madeleine, une femme d'une trentaine d'années, qui était arrivée au vingtième jour d'un rhumatisme articulaire aigu. Les mains et les poignets étaient alors le siége principal de la fluxion rhumatismale. La fièvre était encore forte (100 à 112 battemens du pouls par minute); pouls régulier, tendu, vibrant.

La région précordiale est soulevée par des battemens forts, étendus, semblables à de véritables palpitations; on entend, dans la même région, un bruit de soufflet très prononcé; l'étendue de la matité était au moins double de l'état normal; nulle douleur dans la région du cœur.

L'endocardite avec accroissement du volume du cœur était évidemment alors la maladie principale.

Vu l'ancienneté de la maladie et l'état de maigreur et d'épuisement où se trouvait cette femme, je crus devoir m'abstenir des saignées coup sur coup, et j'annonçai que la guérison se ferait assez long-temps attendre. Quelques émissions sanguines avaient été pratiquées avant l'entrée.

Deux saignées, de quatre palettes l'une, et de trois palettes l'autre, une application de ventouses scarifiées de quatre à cinq palettes; un large vésicatoire sur la région précordiale, la digitale à l'extérieur (méthode endermique) et à l'intérieur, la diète sévère, les bains, les boissons diaphorétiques; les cataplasmes sur les articulations malades, tels furent les moyens mis en usage.

Les articulations étaient entièrement dégagées, depuis plusieurs jours, que la fièvre dite rhumatismale persistait encore, avec bruit de soufflet et violens battemens du cœur.

Cependant, le 11 septembre le bruit de soufflet avait beaucoup diminué; les battemens du cœur étaient moins forts, moins étendus, et la fièvre nulle. La malade mangeait le quart.

Le 13, la malade demande sa sortie. Nulle articulation n'était malade; battemens du cœur calmes; bruit de soufflet presque nul. Hier, la malade s'est promenée, a descendu et remonté l'escalier, sans éprouver, dit-elle, d'étouffement.

Il y a lieu d'espérer que, malgré la longue durée de l'endocardite, il ne restera pas le germe d'une *affection* dite *organique du cœur*.

Dans ce cas, les saignées n'ont point été pratiquées suivant notre méthode, et la maladie a eu la durée assignée par les auteurs, savoir de 40 à 60 jours.

Huitième cas.

Dans les premiers jours du mois d'août 1835, fut couchée au n° 12 de la salle Sainte-Madeleine, une femme de 28 à 30 ans, atteinte, depuis une huitaine de jours, d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Cette femme était une malheureuse mendiante de Vitry, épuisée par la misère. Nous ne la saignâmes que suivant la méthode ordinaire, et je déclarai que la maladie traînerait en longueur, d'autant plus que nous constatâmes la coïncidence d'une endocardite. Il existait, en effet, un beau bruit de soufflet dans la région précordiale avec palpitations et matité. Le pouls était vibrant, à 120 pulsations par minute; sueurs abondantes, sudamina.

Après les émissions sanguines très modérées (une saignée du bras de trois palettes, et une saignée locale par les ventouses de 5 palettes), la teinture de colchique fut donnée pendant dix à douze jours, sans aucun soulagement (le pouls resta chaque jour à 104-108).

Un large vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale, et, chaque jour, dix à douze grains de poudre de digitale furent déposés à sa surface.

Dès le lendemain de l'application du vésicatoire, le pouls se ralentit.

A partir de ce jour, la fièvre dite rhumatismale diminue, puis disparaît entièrement, et la malade demande sa sortie. Cependant, comme le bruit de soufflet, moins prononcé à la vérité, persistait encore, et qu'elle avait besoin de reprendre des forces, nous la déterminâmes à rester encore pendant quelque temps. Elle n'éprouvait aucune douleur, ni dans les articulations, ni dans la région du cœur, et sa respiration était tout-à-fait libre, du moins à l'état de repos.

Le 10 septembre, elle mangeait la demie; il ne restait plus de sa maladie qu'un bruit de soufflet à la région précordiale, lequel était incomparablement moins fort qu'à l'entrée, et sensible seulement pendant la systole, tandis qu'à l'entrée il était double.

La malade sort le 13 : son pouls était à 72, sans aucune irrégularité; elle n'éprouvait plus de palpitations, respirait facilement, et se trouvait très bien; à part un bruit de soufflet encore très sensible pendant la systole, nous ne trouvions plus nous-même rien d'anormal dans son état.

Neuvième cas.

Le 2 septembre, M. Bouvier me montra un *rhumatisant* qui mangeait la demie (1). Nous constatâmes chez le malade ce qui suit :

1° Légère voussure de la région précordiale laquelle rend un son mat dans une étendue d'environ quatre pouces transversalement et

(1) Il y avait vingt jours que ce malade, jeune homme d'environ 25 ans, était entré pour un rhumatisme articulaire aigu.

verticalement; on entendait un double bruit de soufflet très fort, qui, vers la pointe du cœur, était accompagné d'un bruit de frottement péricardique très sec et un peu *criard*. Quant au double bruit de soufflet proprement dit, il avait son maximum d'intensité vers la région de l'orifice aortique (partie moyenne du sternum). Là, pendant la diastole du cœur, le bruit de soufflet paraissait produit par une véritable aspiration.

Le pouls de ce malade était *bis feriens* ou *dicrote*. Il n'est pas très rare de rencontrer le pouls auquel on a donné ce nom; mais je ne l'avais encore jamais observé au même degré que dans le cas actuel. A l'échancrure du sternum, la crosse de l'aorte présentait de la manière la plus évidente le double mouvement que j'avais senti à l'artère radiale.

Ce caractère du pouls chez un individu dont les mouvemens du cœur étaient accompagnés de bruit de soufflet, par suite d'une endocardite rhumatismale, fixa vivement notre attention. Ne serait-il pas possible que, chez ce malade, il s'opérât une sorte d'*aspiration* d'une certaine quantité de sang artériel pendant la diastole du ventricule gauche, aspiration que permettrait l'insuffisance des valvules aortiques? Cette hypothèse est d'autant plus probable, que, comme nous l'avons noté, le bruit de soufflet qu'on entend dans la région correspondante à l'orifice aortique, donne, pendant la diastole ventriculaire, l'idée d'un bruit réel d'aspiration. Dans ce cas d'insuffisance des valvules aortiques, on observerait, pendant la diastole du ventricule gauche, un reflux dans le cœur, comme on observe un reflux dans l'oreillette droite et dans les veines, par suite de l'insuffisance de la valvule tricuspide (1).

En traversant la salle de M. Lerminier pour me rendre dans celle de M. Bouvier, un élève me fit examiner un malade chez lequel un rhumatisme articulaire aigu était aussi accompagné d'une *endocardite*.

—

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Cas de lésions organiques du cœur et de l'aorte, survenues à la suite d'anciens rhumatismes.

—

Dixième cas.

Le 9 septembre 1835, fut couché au n° 20 de la salle Sain-Jean-de-Dieu, un homme de 29 ans, qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, avait éprouvé des palpitations et les autres accidens qu'on assigne vulgairement et vaguement *aux affections organiques du cœur et des gros vaisseaux*. Il y a quinze à dix-huit mois qu'il éprouva le rhumatisme, et il fut traité à l'hôpital Beaujon.

Exploré avec le plus grand soin, à diverses reprises, le malade nous offrit les phénomènes suivans : les battemens du cœur ébranlent toute la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, l'épigastre, et même la région ombilicale; ils sont accompagnés d'un double bruit de frottement de râpe, et d'un tintement métallique dû à la percussion du cœur contre la paroi pectorale; des battemens isochrones au pouls soulèvent la partie moyenne du sternum et la partie correspondante du côté droit de la poitrine jusqu'au niveau du sein, et là on entend un double bruit de soufflet ou de râpe plus fort encore que dans la région précordiale elle-même, en même temps qu'on sent un beau frémissement vibratoire qui se propage à la crosse de l'aorte (dont on voit très bien les battemens dans l'échancrure du sternum), ainsi qu'aux artères carotides; point de bruit de diable.

Il existe de la matité depuis le sein droit jusqu'au sein gauche (neuf pouces environ); verticalement la matité de la région précordiale est de quatre pouces. Toute la région qui rend un son mat offre une saillie, une voussure évidente. La matité à droite s'étend verticalement jusqu'à deux pouces environ au-dessous de la clavicule. Pouls régulier, vibrant; point de notable dyspnée à l'état de repos; il n'existe ni d'ascite, ni d'anasarque; mais le malade ne peut monter un escalier sans être essoufflé, etc.

Aux signes ci-dessus indiqués, on ne pouvait méconnaître l'existence d'une *énorme hypertrophie du cœur avec anévrisme de l'aorte et induration des valvules gauches*.

Une saignée de 2 à 3 palettes seulement fut pratiquée au malade (il était pâle, maigre, chétif), et, huit jours après son entrée, il sortit sans avoir éprouvé de notable changement dans son état.

Onzième cas.

Dans les premiers jours de septembre 1835, nous reçûmes au n° 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme d'une trentaine d'années, qui avait été traité, à deux reprises différentes, à l'hôpital Saint-Louis, pour un rhumatisme articulaire. Il fut traité plus tard à l'Hôtel-Dieu et à la Charité pour une maladie du même

(1) A propos de ce reflux, désigné sous le nom de pouls veineux, nous avons vu, chez M. Bouvier, à côté du précédent malade, un individu qui offre le phénomène dont il s'agit de la manière la plus frappante. On voit distinctement la colonne de sang de la veine jugulaire descendre brusquement pendant la diastole du ventricule droit, puis refluer dans la veine pendant la systole de ce ventricule, dont la valvule est insuffisante.

genre, à ce qu'il dit. Au moment de son arrivée dans notre service, il était épuisé par la diarrhée, et présentait une ascite et une anasarque considérables. Il succomba le 17 septembre.

Parmi les lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture de son corps, je signalerai seulement ici les suivantes : teinte laiteuse de la surface externe de l'oreillette droite ; valvule tricuspide sensiblement épaissie à son bord libre ; plaque blanche, séreuse, facile à détacher, accidentellement développée dans la portion pulmonaire du ventricule droit ; quelques points jaunes sur les valvules bicuspides et aortiques un peu épaissies, mais bien conformées ; orifices du cœur libres ; un peu de rétrécissement des ventricules, surtout du gauche, dont les parois ont huit à dix lignes d'épaisseur ; adhérences anciennes dans les deux côtés de la poitrine.

Douzième cas.

Le 23 septembre 1835, nous reçûmes à la Clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 11), un jeune homme de 23 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire léger, apyrétique, datant d'une quinzaine de jours.

Trois ans auparavant, il avait éprouvé une première atteinte de rhumatisme articulaire. Cette attaque fut très violente et dura six semaines, pendant lesquelles le malade séjourna à l'hôpital Saint-Louis, où il fut traité par les bains. A la suite de cette maladie, le jeune homme est resté sujet à des palpitations, et il offre maintenant tous les signes d'une grave *lésion organique du cœur.*

Battemens très forts du cœur, qui, au moindre exercice fatigant, se transforment en palpitations violentes ; ces battemens sont réguliers, à 68-72 par minute ; le pouls est vibrant ; la région précordiale offre une notable voussure, et rend un son mat dans une étendue de quatre pouces et demi verticalement et transversalement ; on y sent un très beau frémissement vibratoire, et on y entend un double bruit de râpe ou de scie qui absorbe à peu près complètement le claquement valvulaire ; vers la pointe du cœur, le premier bruit de frottement se change en un piaulement un peu rauque et étouffé. Le choc de la pointe du cœur répond au sixième espace intercostal (1).

Il n'existe point d'infiltration, et le malade n'éprouve de notable étouffement qu'en montant ou en se livrant à quelque exercice pénible.

Il existe évidemment une grande hypertrophie du cœur avec induration, épaississement des valvules, sans obstacle très considérable à la circulation, et, peut-être, des plaques blanches sur le péricarde : toutes ces lésions ont été la suite d'une endo-péricardite méconnue, et qui, comme on dit, a passé à l'état *chronique.*

Le traitement palliatif est le seul qu'on puisse mettre en usage. Une guérison radicale n'est pas au pouvoir du médecin.

Le malade sort le 10, dans le même état : hier, il a monté l'escalier sans être fortement essoufflé, mais avec augmentation dans la force des battemens du cœur.

Treizième cas.

Le 5 septembre 1835, nous reçumes au n° 12 de la salle Sainte-Madeleine (où elle est encore en ce moment, 6 novembre), une femme de 49 ans, offrant tous les symptômes d'une grave lésion organique du cœur, qui datait de cinq mois, époque à laquelle elle avait eu un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel elle passa trois mois à l'Hôtel-Dieu (service de M. Bally). Elle fut traitée par les bains et ne fut pas saignée, dit-elle, une seule fois.

Il existe dans la région précordiale un double bruit de soufflet dont le maximum d'intensité correspond à la région des orifices gauches ; ce bruit absorbe complètement le claquement valvulaire ; il est accompagné d'un frémissement *cataire* distinct ; les battemens du cœur sont précipités, tumultueux, intermittens, irréguliers, et se font sentir dans une étendue plus grande qu'à l'état normal ; pouls à 140 pulsations, petit, inégal, irrégulier, intermittent ; veines jugulaires gonflées ; visage violet, livide, étouffement, orthopnée ; anasarque.

DIAGNOSTIC. — *Hypertrophie du cœur consécutive à une endocardite* RHUMATISMALE, *terminée par épaississement et induration des valvules.*

Sous l'influence du repos, de la digitale, d'un régime sévère et de boissons diurétiques, la dyspnée se calme, le pouls se régularise, prend plus de volume, tombe à 68 pulsations ; l'anasarque se dissipe, et les battemens du cœur ne sont plus accompagnés que d'un double bruit sec, comme parcheminé, un peu âpre ou rauque.

Des douleurs rhumatismales se sont développées dans les épaules, sans gonflement ni rougeur.

La malade mange le quart ; elle est passablement à l'état de repos ; mais il est à peu près

(1) Cet espace intercostal et le cinquième sont manifestement élargis, ainsi que nous nous en sommes assuré par la mensuration. Comme le sujet est maigre, on voit les battemens du cœur presque aussi bien que si cet organe était à nu : on le voit et on le *sent* avec la main revenir sur lui-même, se rétrécir quand la pointe vient frapper la poitrine, et se dilater ensuite. Le choc de la pointe du cœur, isochrone au pouls, ne paraît pas résulter uniquement du redressement de cette partie, mais aussi de ce que le sang pressé de toutes parts par la systole, en réagissant contre la pointe, qui est mobile, lui imprime une brusque secousse.

certain que l'exercice ramènera tous les accidens.

Quatorzième cas.

Le 11 septembre 1835, fut couchée au no 8 de la salle Sainte-Madelaine, une femme âgée de 38 ans, ayant éprouvé, depuis 6 à 7 ans, de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire aigu, pour l'une desquelles elle est restée cinq mois à l'Hôtel-Dieu.

A la suite de cette maladie, elle a éprouvé des palpitations, de l'étouffement, surtout en montant les escaliers; elle n'a pas été enflée; depuis quinze jours elle éprouve de nouvelles douleurs dans les jointures, mais surtout dans la partie supérieure externe de la cuisse droite, et ses palpitations ont augmenté; du reste, elle n'a point de fièvre, et aucune articulation n'est rouge et gonflée.

La région du cœur rend un son mat dans l'étendue de 5 pouces 6 lignes transversalement et de quatre pouces verticalement. Dans toute cette étendue, les battemens du cœur se font sentir avec force; la pointe de cet organe, tout-à-fait dirigée à gauche, et comme située transversalement, frappe la poitrine à deux ou trois pouces plus en dehors que normalement. Dans toute la région précordiale, quelle que soit la position que l'on donne à la malade, on entend un fort bruit de râpe ou de scie qui masque et absorbe le claquement valvulaire. Ce bruit se propage dans toute la partie antérieure de la poitrine; il n'existe pas de frémissement *cataire* notable; pouls irrégulier, intermittent, peu développé, mais vibrant; point de bruit de *diable* dans les carotides; veines jugulaires dilatées, lèvres un peu violettes.

DIAGNOSTIC. — *Énorme hypertrophie du cœur, avec induration et épaississement des valvules, consécutivement à une endocardite ou à une endo-péricardite* RHUMATISMALE.

Aujourd'hui (6 novembre), la malade est encore à l'hôpital.

Quinzième cas.

Le 29 septembre 1835, fut couché au no 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un peintre en bâtimens, âgé de 41 ans, marié, d'une constitution délicate, lymphatique, cheveux blonds, sujet à s'enrhumer, qui me fut adressé par mon confrère, M. le docteur Roger, comme atteint d'une maladie organique du cœur.

Il fut examiné le 30 à la visite. — Sa maigreur squelettique, la fièvre hectique (pouls à 112-116, régulier, médiocrement développé), les crachats muqueux, sales, qui remplissaient son crachoir, nous firent présumer, dès le premier abord, l'existence d'une tuberculisation pulmonaire. Un son caverneux dans la région sous-claviculaire droite, avec tintement obscur de pot fêlé et souffle semi-amphorique, ne laissaient aucun doute sur la présence d'une vaste excavation pulmonaire; à la partie postérieure et supérieure, la résonnance était généralement très obscure. Les omoplates étaient saillantes en manière d'ailes, poitrine étroite, aplatie, alongée.

L'affection organique du cœur fut ensuite l'objet de notre examen.

Ce qui nous frappa d'abord, ce fut le volume du cœur, dont les battemens soulevaient fortement la région précordiale; la pointe se faisait sentir dans le sixième espace intercostal, qui était élargi ainsi que le cinquième, sans notable voussure de cette région, dont la matité était de trois pouces quatre lignes verticalement et transversalement.

L'impulsion était forte, les battemens étaient bien réguliers. Un bruit de râpe ou de scie existait dans toute la région précordiale, et se propageait dans toute la partie antérieure de la poitrine, masquant presque entièrement le double claquement valvulaire, et présentant son maximum d'intensité au niveau des orifices gauches: là, le premier bruit du cœur était remplacé par un bruit de râpe plus prolongé, plus fort que celui qui correspondait au second bruit; toutefois, un intervalle à peine sensible séparait ces deux bruits anormaux l'un de l'autre. Le frottement râpeux semblait se passer si près de l'oreille, et dans une surface si étendue, que, au premier aperçu, on aurait pu le rapporter exclusivement au glissement des feuillets opposés du péricarde, devenus inégaux et raboteux, par suite de fausses membranes organisées à leur surface; mais une exploration plus approfondie, la circonstance du maximum du bruit vers les orifices gauches et de la propagation lointaine de ce bruit, avec *absorption complète du claquement valvulaire,* me firent annoncer qu'il existait une transformation des valvules gauches en cercle tendineux ou fibro-cartilagineux, et partant *insuffisance,* frottement pendant le passage du sang, etc., etc.

Cette lésion devait être la suite d'une ancienne endocardite, et l'hypertrophie considérable et générale du cœur se rattachait également à cette maladie, ainsi qu'à la péricardite, qui avait pu exister en même temps.

Sachant par de nombreuses observations que de toutes les espèces étiologiques de la péricardite et de l'endocardite, la plus commune est *la rhumatismale,* je demandai au malade s'il n'avait jamais éprouvé de *douleurs dans les jointures.* Il me répondit qu'il en avait éprouvé en 1813, étant alors militaire, et que, de plus, il en éprouva d'autres, il y a environ vingt mois; c'est à la suite de cette maladie qu'il a été sujet aux palpitations pour lesquelles M. Roger me l'avait adressé. M. Buchel (1), qui lui donna des

(1) M. Buchel fit, à cette époque, une saignée de 4 palettes,

soins à cette époque, a confirmé le fait. M. Buchel ajoute qu'il a considéré la maladie comme rhumatismale ou névralgique.

De la région du cœur, la douleur remontait à l'épaule, et tout le membre gauche jusqu'aux doigts était douloureux. Le malade pensa que ces douleurs étaient de la même nature que les rhumatismes qu'il avait éprouvés en 1813.

Ainsi, voilà donc un nouveau cas de lésion dite organique du cœur, consécutive à un rhumatisme compliqué, sans doute, d'endocardite, soit isolée, soit plutôt combinée à une péricardite.

Quant à l'affection des poumons, elle est consécutive, de l'aveu du malade, à un rhume négligé qui se déclara il y a bientôt neuf mois (janvier 1833).

La diarrhée s'est montrée à plusieurs reprises dans le cours de l'affection tuberculeuse, mais elle a diminué, à ce que dit le malade, depuis une huitaine de jours.

L'état de consomption, la pâleur cadavérique du sujet, l'oppression extrême, la perte totale des forces (le malade peut à peine se tenir assis dans son lit, pour l'exploration de la partie postérieure de la poitrine), l'abondance de l'expectoration, font craindre une mort assez prochaine.

L'absence de l'infiltration des membres et de l'ascite, de la teinte violette ou livide du visage, la régularité du pouls et son passable développement, nous portent à établir que le cours du sang à travers le cœur s'opère encore assez facilement, et qu'à l'état de repos la lésion du cœur n'a presque point de part dans la dyspnée.

Prescription. — Viol., guim., sirop de gomme; looch blanc, poudre de digit. 6 *gr.; bouill., pot., lait.*

Il demanda sa *sortie, le* 2 *octobre.*

Seizième cas.

Le 4 octobre 1835, M. Bouvier me fit prier d'aller voir un de ses malades, affecté d'une maladie de l'aorte.

Je l'ai examiné en présence de plusieurs élèves de la clinique, et voici les résultats de cet examen :

Le malade est un peintre en bâtimens, âgé de 23 ans, d'un teint blanc-jaunâtre.

On observe dans la partie moyenne du sternum et la région précordiale, une voussure assez prononcée; la main appliquée sur la région indiquée éprouve un magnifique frémissement vibratoire, ayant son maximum d'intensité à droite du sternum, à deux ou trois pouces au-dessous de la clavicule. J'annonce aussitôt qu'un bruit de frottement de râpe ou de scie doit accompagner le signe précédent; et, en effet, l'auscultation fait reconnaître un très beau bruit de râpe, dont le maximum d'intensité correspond au même point que celui du frémissement vibratoire : ce bruit est double et masque le claquement valvulaire.

La main est fortement repoussée par les battemens du cœur, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, battemens d'ailleurs réguliers. La percussion rend un son mat dans une étendue de neuf pouces transversalement, et de cinq pouces et demi verticalement. A droite, la matité commence vers le milieu de la région sous-claviculaire pour s'étendre obliquement de haut en bas vers l'union de la région externe du côté gauche avec la région postérieure, où la pointe du cœur, mousse et arrondie, choque avec force. Une voussure évidente existe à la région qui rend un son mat, et se termine en mourant à la circonférence de cette région.

On voit les battemens du cœur comme s'il était à nu; le choc est isochrone au pouls, en sorte que deux personnes, dont l'une compte le pouls, et l'autre le choc du cœur, prononcent en même temps un, deux, trois, etc.; on voit le cœur se dilater dans l'instant qui suit le choc, etc.

Le pouls est à 68-72, et on sent distinctement un *bruissement,* une sorte d'agitation de la colonne sanguine qui parcourt la radiale. Point de souffle dans les grosses artères qui naissent de l'aorte, bien qu'on y sente un frémissement vibratoire des plus prononcés.

Respiration bonne à l'état de repos; de l'oppression en montant et pendant les exercices pénibles. Point d'hydropisie.

Les signes précédens ne permettaient pas de méconnaître une *grande lésion organique* du cœur et de l'aorte (*hypertrophie du cœur avec induration des valvules gauches; dilatation anévrismale de l'aorte,* etc).

Nous ne manquâmes pas de nous enquérir des maladies antécédentes du sujet, et nous eûmes la certitude que le rhumatisme articulaire en constituait la principale.

Voici ce que nous répondit ce jeune homme, en présence de nombreux témoins : « Depuis l'âge de quatre à cinq ans jusqu'à quinze ans, tous les hivers j'ai été *impotent;* les mains, les pieds les genoux, étaient enflés, douloureux (1). »

C'est à la suite de ces affections rhumatisma-

une application de ventouses à la région précordiale, 5 palettes, et il prescrivit la teinture de digitale à l'intérieur. Les médecins qui, huit mois auparavant, avaient soigné le malade, et l'avaient traité pour une douleur et des palpitations, l'avaient saigné sept à huit fois, à de longs intervalles. Il y avait déjà huit mois que le malade était alité quand M. Buchel le vit.

(1) Il y a un an, il a eu la colique de son état (colique de plomb).

Il a été réformé *à cause de ses palpitations.*

Ce cas est, pour ainsi dire, la copie ou le pendant de celui que nous avons observé dans notre service, et qui est rapporté dans ces opuscule sous le n° 10.

les que sont survenues des palpitations et les autres symptômes de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital (1).

—

TROISIÈME CATÉGORIE.

Cas de rhumatisme articulaire très léger, *apyrétique.*

—

Dix-septième cas.

Dans les premiers jours de septembre 1835, nous reçûmes au n° 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu un jeune homme atteint d'un rhumatisme articulaire très léger et sans réaction fébrile. Le cœur ne nous offrit rien de morbide.

Nous ne crûmes pas devoir recourir à notre méthode des émissions sanguines, en raison de la bénignité du cas, et nous essayâmes la teinture de colchique. Nous n'en obtînmes pas un résultat fort encourageant. Quoique très léger, ce rhumatisme se prolongea bien au-delà du terme auquel disparaissent ordinairement les violens rhumatismes traités par les saignées coup sur coup.

Dix-huitième cas.

Au n° 7 de la salle Sainte-Madeleine, est entrée, le 29 août 1835, une femme d'une quarantaine d'années, fortement constituée, affectée d'un rhumatisme des pieds et des genoux, sans fièvre.

Il n'existait aucun signe de maladie du cœur. Pendant les douze premiers jours, elle fit usage de la teinture de colchique, et fut soumise à un régime assez sévère. Nulle amélioration.

9 septembre. — Les deux genoux étaient douloureux et gonflés plus que jamais, le droit surtout, à la partie interne duquel on sentait une fluctuation très distincte. La circonférence de ce genou était de 15 pouces 1/2, et celle du gauche de 14 pouces 1/2.

Six palettes de sang furent retirées par l'application de ventouses scarifiées sur chaque genou, application suivie de la compression (une compresse enduite de cérat mercuriel ayant été préliminairement placée sur chaque genou). — Diète.

10 septembre. — Les douleurs étaient calmées. La circonférence du genou droit n'était plus que de 14 pouces 6 lignes, et celle du gauche que de 14 pouces (diminution d'un pouce pour l'une, et de 6 lignes pour l'autre).

11 septembre. — Nulle trace de fluctuation; circonférence du genou droit, 14 pouces.

13. — Les deux genoux sont entièrement guéris. On donne des alimens à la malade, qui sort, très bien portante depuis plusieurs jours, le 1er octobre 1835.

Dix-neuvième cas.

Le 2 octobre 1835, on admit au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un garçon marchand de vin, autrefois tonnelier, qui, à la suite des refroidissemens auxquels sa profession l'expose, et après avoir couché dans une chambre très froide, est affecté depuis 15 jours de douleurs rhumatismales, parcourant successivement diverses articulations, les parois pectorales, etc.

Point de gonflement notable dans les articulations; point de fièvre.

Le cœur n'offre aucune lésion.

Vingtième cas.

Le 7 octobre 1835, nous reçûmes un charcutier, âgé de 39 ans, qui se plaignait de douleurs dans les membres, sans gonflement des articulations, sans fièvre (2).

Le cœur était à l'état normal.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES, MARCHE, INTENSITÉ, DURÉE ET TERMINAISON DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il n'est pas nécessaire d'insister très longuement sur les divers sujets de ce chapitre.

I. Douleur, chaleur, légère rougeur, tuméfaction, avec ou sans fluctuation, des articulations affectées, tels sont les symptômes locaux du rhumatisme articulaire aigu. Les veines sous-cutanées qui serpentent autour des articulations sont plus développées qu'à l'état normal, et sont d'autant plus apparentes, que la peau, plus tendue, est amincie, comme luisante.

Le toucher augmente la douleur, il en est de même du moindre mouvement, et de là cette at-

(1) Ce malade a passé dans notre service (salle-Saint-Jean-de-Dieu, n° 12), le 19 octobre 1835, et nous avons de nouveau constaté les divers phénomènes signalés plus haut. Une auscultation plus prolongée nous a fait reconnaître que le frottement pendant la systole donne lieu à un bruit de râpe, de scie, ou même d'étrille, tandis que pendant la diastole, on entend un bruit de soufflet de forge des plus beaux et pour ainsi dire modèle. — Pouls régulier à 68-72, vibrant, avec bruissement, d'un volume peu considérable eu égard à celui du cœur; le bruissement dans les carotides, les sous-clavières et la portion de l'aorte qui répond à l'échancrure du sternum, est un véritable frémissement vibratoire, semblable à celui de la tumeur anévrismale.

(2) En 1823, ce malade fut atteint, à Blois, d'un rhumatisme articulaire aigu qui le retint trois mois au lit, et dont il ne fut entièrement guéri, dit-il, qu'au bout de huit mois. Le médecin qui le traita se contenta de faire appliquer sur les articulations des cataplasmes faits avec le vin et la mie de pain.

titude remarquable d'immobilité que présentent les malades atteints d'un violent rhumatisme général.

La fluctuation, signe d'un épanchement articulaire, ne peut être bien constatée que dans les grandes articulations, et spécialement dans les genoux : il existe alors deux saillies sur les côtés de la rotule, qui est soulevée, et cesse de se trouver en contact avec les surfaces articulaires du fémur et du tibia (1).

II. Une fièvre violente, et qui, toutes choses égales d'ailleurs, l'est d'autant plus, qu'un plus grand nombre d'articulations sont *prises*, accompagne les symptômes locaux ci-dessus indiqués. Le pouls est fort, plein, dur, vibrant, à 100 — 120 par minutes ordinairement. La chaleur est considérable, et une sueur abondante, un peu visqueuse, d'une odeur fade ou acescente, nauséabonde, inonde tout le corps des malades. Lorsque la sueur a duré pendant quelques jours, la peau, surtout dans les points où cette humeur séjourne le plus, se couvre de myriades de *sudamina*, souvent accompagnés d'éruption miliaire (2) et de taches rouges, assez analogues à celle de la roséole.

La perte de l'appétit, une soif ordinairement très vive, une insomnie plus ou moins opiniâtre, selon l'intensité des douleurs, et les diverses complications, sont des symptômes qu'il suffit de noter en passant.

Le caillot que fournit la saignée est ferme, glutineux, et se couvre d'une couenne qui s'organise rapidement en une véritable fausse membrane, épaisse, dense, résistante, analogue à une peau de chamois : il flotte au milieu d'une sérosité claire, jaunâtre ou verdâtre (3). Les bords du caillot sont renversés, ce qui lui donne la forme d'un champignon. Sydenham, et surtout Stoll, ont particulièrement signalé la couenne rhumatismale (4). Les urines se troublent ordinairement peu de temps après leur évacuation, et sont si épaisses qu'elles ressemblent à du *moût de raisin* (*urines jumenteuses*); elles rougissent fortement le papier de tournesol.

En général, la fièvre du rhumatisme articulaire aigu est d'une intensité supérieure à celle des autres maladies aiguës, et cela se conçoit aisément aujourd'hui que nous connaissons la coïncidence à peu près constante de l'inflammation articulaire très intense avec celle du centre circulatoire (dernière inflammation à laquelle se joint quelquefois celle du système vasculaire lui-même).

III. La diffusion du rhumatisme articulaire, ou sa dissémination sur les vaisseaux, le cœur et les autres viscères, sur les nerfs extérieurs et intérieurs, fournit une foule de phénomènes sur lesquels l'espace ne me permet pas de m'arrêter. (J'ai, du reste, exposé plus haut les signes de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales.)

IV. Le rhumatisme articulaire considéré en soi, et abstraction faite de ses diverses complications, est susceptible de plusieurs degrés, soit sous le point de vue de son étendue, soit sous celui de son intensité. Ainsi, quant à l'étendue, tantôt il n'occupe qu'un petit nombre d'articulations, celles du pied ou de la main, les genoux, par exemple ; tantôt, au contraire, il envahit presque toutes les articulations. Quant à l'intensité, tantôt il est si léger, qu'il se dissipe en vingt-quatre heures ; tantôt il est si profond et si violent, qu'il résiste pendant des mois entiers, si d'énergiques moyens ne lui sont opposés.

Lorsque le rhumatisme aigu abandonne facilement une ou plusieurs articulations, il ne le fait ordinairement que pour en envahir d'autres, quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme qui préside à ce déplacement. En général, toutes les autres conditions étant égales, la *fixité* et la résistance du rhumatisme articulaire aigu sont en raison inverse du nombre des articulations entreprises.

La mobilité du rhumatisme articulaire aigu est un phénomène qui n'a pas encore été assez rigoureusement analysé. Il ne faut pas croire qu'à tous ses degrés, le rhumatisme articulaire aigu puisse se déplacer, ou mieux se dissiper facilement et rapidement. Qu'il existe par exemple, une tuméfaction du genou très considérable, avec épanchement abondant dans l'articulation, etc., et vous verrez si le plus souvent c'est par une *métastase* ou une *délitescence* brusque et soudaine que le rhumatisme se terminera. On a confondu ici deux choses fort différentes. Il est très vrai que, même dans le cas dont il s'agit, la douleur de l'articulation peut disparaître promptement, avec ou sans explosion d'une douleur nouvelle dans une autre articulation ; mais il n'en est pas toujours de même de l'épanchement articulaire, lequel constitue cependant alors l'élé-

(1) Pour apprécier d'une manière exacte et mathématique la tuméfaction des articulations et les changemens qu'elle éprouve chaque jour, nous les mesurons, à chaque visite, avec une bande en maroquin divisée en pouces et en lignes.

(2) « La fièvre rhumatismale, dit Stoll, était accompagnée « quelquefois d'éruption miliaire, blanche, rouge ou mêlée. »

Voyez Constitution de 1777, mois d'avril (tome 1er de la *Médecine pratique*).

(3) Aucun observateur n'avait encore constaté la présence de la couenne que sur le sang fourni par la saignée générale. Nous l'avons aussi constatée, à la clinique, un bon nombre de fois sur les caillots des saignées par les ventouses scarifiées.

(4) « Dans le rhumatisme fébrile, dit le médecin de Vienne, la » couenne du sang fut *toujours* très inflammatoire, et si épaisse, » qu'on apercevait à peine un peu de sang ou de partie rouge; » cette couenne était et moins considérable et moins épaisse dans » toutes les autres maladies inflammatoires, quelque graves » qu'elles fussent. » Cette remarque de Stoll est de toute exactitude.

ment essentiel de la maladie (1). La douleur n'est qu'une sorte de névralgie symptomatique de l'affection articulaire, comme le *point de côté* pour la pleurésie ; et, dans l'un et l'autre cas, ce symptôme, tout commun qu'il est, constitue néanmoins un accident plutôt qu'un caractère *essentiel* de la maladie, puisque la pleurésie peut exister sans douleur, comme aussi le rhumatisme articulaire, qui n'est, pour ainsi dire, qu'une pleurésie des membranes synoviales. Dire qu'un rhumatisme articulaire avec épanchement peut toujours se déplacer ainsi, en un clin d'œil, ce serait supposer que la péricardite avec épanchement peut toujours aussi disparaître de la même manière, hypothèse que la saine observation repousse.

En somme, un rhumatisme articulaire qui ne dépasse pas ce degré, que je désignerai volontiers sous le nom de simple *fluxion*, analogue à celle qui accompagne certaines névralgies faciales, peut offrir une grande mobilité ; mais il n'en est pas de même d'un rhumatisme articulaire d'un degré plus élevé, qui tend à la suppuration, ou qui déjà s'est terminé par un épanchement purulent ou séro-purulent. Celui-là, s'il est abandonné à lui-même, ne se dissipe qu'au bout d'un certain temps; mais la douleur dont il était d'abord accompagné peut disparaître long-temps avant la résorption de l'épanchement articulaire, comme le point de côté avant la résorption d'un épanchement pleurétique. Ainsi donc, dans les phlegmasies des membranes et des parenchymes, l'élément nerveux ne doit pas être considéré comme le fait fondamental, mais bien comme le fait accessoire, accidentel de la maladie : car, encore un coup, il peut exister sans elles, et, réciproquement, elles peuvent exister sans lui. Cependant, chaque jour, on voit des praticiens prendre l'une de ces choses pour l'autre (2).

V. De l'aveu de tous les observateurs qui jusqu'ici ont tracé l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, la durée de cette maladie est très longue, et, terme moyen, de quarante à cinquante jours (3). Mais l'expérience démontre, de la manière la plus claire, la plus formelle, que la durée du rhumatisme articulaire est en rapport avec le mode de traitement. Par conséquent, cette moyenne de la durée du rhumatisme n'est vraie que dans les conditions du traitement employé par ceux qui l'ont déterminée, et cesse de l'être dans d'autres conditions thérapeutiques. Appuyé sur plus de cent observations, recueillies avec un soin extrême et en présence d'un grand nombre d'élèves et de plusieurs confrères, j'ose affirmer, que, sous l'influence du traitement que nous employons, la durée du rhumatisme a diminué de plus de moitié, et ne dépasse pas, en général, un à deux septénaires. Et qu'on ne dise pas que nous avons eu affaire à des rhumatismes légers : ils étaient pour le moins aussi graves que ceux que j'avais vus autrefois durer quarante ou cinquante jours, et coïncidaient presque constamment, ainsi que je l'ai déjà dit, avec une péricardite, une endocardite, une angéite, une pleurésie, etc. Encore une fois, il ne s'agit point ici d'une chose douteuse : il nous est démontré, avec la rigueur mathématique, que la seule cause de la moindre durée de nos rhumatismes gît dans le mode de traitement qui nous est propre, et dont nous parlerons plus loin.

Un fait bien remarquable, qui avait déjà fixé l'attention de nos prédécesseurs, mais dont ils n'avaient pas saisi la cause réelle, c'est la persistance de la fièvre chez quelques rhumatisans dont les articulations sont depuis long-temps dégagées. C'est là ce qui, dans la plupart des cas, prolonge en quelque sorte indéfiniment la durée de la maladie. Nous avons été assez heureux pour trouver la plus satisfaisante explication de cette fièvre rhumatismale qu'on avait voulu *essentialiser*. Une inflammation rhumatismale du cœur, des vaisseaux, de la plèvre, etc., en voilà réellement la cause. Et, pour le dire en passant, ces inflammations sont presque toujours complètement indolentes (c'est même cette circonstance qui les avait jusqu'à présent fait si souvent méconnaître) : nouvelle preuve que la douleur n'est pas inhérente, essentielle à l'inflammation; nouvelle preuve aussi que l'inflammation

(1) « Dolor adest atrox, nunc in hoc, nunc illo artu, in carpis, » humeris et genubus prœsertim, vicissim hos relinquens et illos » occupans, *rubore et tumore in parte, quam postremùm affecit,* » *adhùc residuis.* » (Sydenham, t. I, p. 498.)

(2) Voyez le mémoire que nous avons publié dans le *journal hebdomadaire* (23 août 1834), sous ce titre : *Quelques Réflexions tendant à prouver que la douleur ne doit pas être placée parmi les symptômes essentiels de l'inflammation.*

(3) « La durée du rhumatisme aigu, presque toujours très longue, » varie depuis une quinzaine de jours jusqu'à deux et trois mois : » on l'a vu, dans quelques cas rares, disparaître en trois à quatre » jours, et dans d'autres, se prolonger au-delà de quatre à cinq » mois; sa durée moyenne est de quarante jours. » (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;* article *Arthrites* par M. Roche.)

M. Chomel est un des auteurs qui ont le plus insisté sur la longue durée du rhumatisme articulaire aigu, mais il paraît avoir un peu modifié ses idées à cet égard, selon les temps. Au reste, voici ce que je trouve dans le compte-rendu de ses leçons et le résumé de sa clinique (*Lancette française*, 10 septembre 1833, 14 septembre 1834, et 1er octobre 1835) :

« La durée du rhumatisme peut être de quelques minutes ou de » plusieurs mois.

» Les rhumatismes accompagnés de fièvre ont duré vingt-trois » jours au moins, et cinquante jours au plus.

» La durée du rhumatisme articulaire général, dans le relevé de » 49 malades, a été, une seule fois, de quinze jours ; dans les autres » cas, la maladie s'est prolongée de trois semaines à trois mois. »

Dans l'*Essai sur le rhumatisme*, du même auteur, publié en 1813, on lit : « La durée du rhumatisme aigu, quand il est intense, » s'étend rarement au-delà du 2e ou du 3e septénaire, du 6e quand » il est léger. »

rhumatismale des tissus séreux ou séro-fibreux n'est pas aussi mobile de sa nature qu'on le répète avec tant de complaisance, puisque dans les cas que nous signalons, elle est tellement fixe et enracinée, qu'elle alimente une fièvre de plusieurs semaines (1).

L'âge de nos malades ne nous a pas paru modifier très sensiblement la durée du rhumatisme. Je sais néanmoins qu'il est des praticiens qui disent avoir observé le contraire. Si j'en crois un travail assez récemment publié, voici, par exemple, l'opinion de M. Chomel sur la durée du rhumatisme, selon les âges : « M. Chomel a *observé* que de 15 à 30 ans, le rhumatisme se termine ordinairement avant le quarantième jour, et de 30 à 35 après ce terme, dans le rapport de un à deux. Chez les individus de 45 ans, la terminaison a lieu après le quarantième jour, dans le rapport de quatre à un. »

VI. La terminaison du rhumatisme articulaire aigu, bien qu'elle se fasse long-temps attendre, est rarement funeste. Cependant, l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, avec lesquelles il coïncide, entraînent quelquefois la mort. Si j'en juge même par les cas qui ont été publiés dans ces derniers temps par divers journaux (voyez particulièrement la *Lancette française*), la mortalité est plus considérable qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

Une autre terminaison du rhumatisme consiste dans ce passage à l'*état chronique*. Ce n'est pas seulement le rhumatisme articulaire, mais aussi le rhumatisme du cœur ou de quelque autre viscère qui peut affecter et qui n'affecte, en effet, que trop souvent la forme chronique; de là d'incurables lésions organiques.

CHAPITRE III.

CARACTÈRES ANATOMIQUES ET SIÉGE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu n'est pas la partie la plus avancée de son histoire. La raison en est que cette maladie se termine assez rarement par la mort, même quand elle est compliquée, et de ce que parmi les cas où la mort arrive, par suite d'une complication, il s'en rencontre dans lesquels, à l'époque de la mort, les articulations étaient dégagées. Ajoutons aussi que les articulations n'ont pas toujours été examinées chez les rhumatisans emportés par une complication grave.

Le rhumatisme articulaire aigu entraîne-t-il à sa suite un épanchement de pus ou de synovie purulente dans les cavités articulaires, comme la péricardite et la pleurésie déterminent une collection de pus ou d'un liquide séro-purulent, séro-pseudo-membraneux dans la plèvre et le péricarde ? On l'a nié dans ces derniers temps, et on a dû le nier puisqu'on professait que le rhumatisme articulaire aigu n'est point une inflammation, et que cette opinion tomberait pour ainsi dire sans pouvoir se relever en présence d'une suppuration dans les articulations attaquées de rhumatisme (2). Aussi, qu'a-t-on répondu à ceux qui ont présenté des faits de rhumatisme articulaire aigu terminés par suppuration ? La réponse est facile à prévoir : c'est que la maladie n'était pas un rhumatisme articulaire aigu.

Le premier observateur qui, à ma connaissance, ait signalé la terminaison du rhumatisme par suppuration, est précisément ce même Stoll dont quelques modernes invoquent parfois l'autorité contre les idées que nous développons. En parlant de son troisième genre de rhumatisme, le plus violent de tous, il dit : « Chez quelques malades, ces rhumatismes, après les avoir fait souffrir long-temps, se tournèrent en suppuration. — Ces fluxions, ajoute-t-il, étaient de nature érysipélateuse très caustique; elles faisaient pousser des cris au malade lorsqu'on le touchait avec le doigt, même très légèrement. »

Il est fâcheux que Stoll n'ait pas donné de plus amples éclaircissemens sur ce point. Comment et où a-t-il constaté la suppuration? Était-ce bien dans les rhumatismes articulaires que cette terminaison avait eu lieu ? La suite du passage que nous rapportons semblerait le faire croire : « Je traitai (c'est toujours Stoll qui parle) deux jeunes filles, dont l'une eut *la main* et l'autre *le pied* affectés d'un pareil rhumatisme... Mes soins, quoique très multipliés et diversifiés, ne purent l'emporter sur le caractère opiniâtre de la maladie (3). »

(1) Il est vrai qu'alors cette phlegmasie ne siége plus dans les articulations; mais une question de siége n'est pas une question de nature.

(2) « Nous avons vu qu'on n'avait pas encore trouvé de pus dans les articulations, ou bien, quand cela avait eu lieu, la présence du pus tenait à d'autres causes. Or, une inflammation qui ne se termine *probablement* jamais par suppuration, n'a pas une nature vraiment inflammatoire. » (Compte-rendu des leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, *Lancette française*, jeudi, 4 septembre 1834.)

Qu'est-ce qu'une inflammation qui n'a pas une nature vraiment inflammatoire ?...

(3) Au reste, voici encore une citation qui tend à prouver qu'il s'agissait bien d'un rhumatisme articulaire, et qui ne permet pas de douter en même temps que Stoll n'assimilât ce rhumatisme, sous une certaine forme, à une phlegmasie *chronique* :

« La seconde espèce de rhumatisme était ce rhumatisme opiniâtre et chronique des extrémités, d'abord avec fièvre et un gonflement de la partie affectée; ensuite, quoique la fièvre eût été dissipée, restant long-temps douloureux. S'il n'était pas traité convenablement, les articulations ne cessaient qu'à la longue d'être douloureuses : il les laissait moins propres au mouvement, raides,

Passons à des faits plus positifs.

M. Chomel, dans sa thèse sur le rhumatisme, cite des cas où l'on a trouvé dans les articulations des individus qui ont succombé pendant la durée de cette maladie, du pus, ainsi que d'autres signes non équivoques d'inflammation des synoviales articulaires. Il en conclut seulement, à la vérité, que *les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme.* Citons les propres paroles de M. Chomel :

« Le rhumatisme peut-il avoir son siége dans » les membranes synoviales ? Chez un malade » qui succomba à l'hôpital de la Charité, les » deux articulations scapulo-humérales avaient » été affectées successivement de douleurs vives et de gonflement; chez deux autres observés à l'Hôtel-Dieu, toutes les articulations mobiles devinrent douloureuses et tuméfiées, » avec impossibilité d'exécuter les mouvemens; » on trouva après la mort, chez tous ces malades, les synoviales enflammées, et des épanchemens purulens dans les cavités articulaires. Quelles conséquences à déduire de ces » faits ? que les synoviales sont susceptibles de » s'enflammer, et que les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme, mais quelle » connexion y a-t-il entre l'une et l'autre maladie ? *Nulle autre que la seule contiguité des » parties affectées.* » (*Essai sur le rhumatisme*, p. 14.)

J'ai entendu dire à M. le professeur Moreau, qu'à l'époque où il était interne à l'Hôtel-Dieu, il avait trouvé dans les articulations d'un sujet mort de rhumatisme, du pus véritable, semblable à celui d'un phlegmon. M. Piorry, d'après ce qui est rapporté dans quelques thèses sur le rhumatisme articulaire, a aussi trouvé une ou deux fois du pus dans les articulations.

Si ma mémoire ne me trompe pas, je crois avoir recueilli trois cas de suppuration *rhumatismale* des articulations. Toutefois, en cherchant, un peu à la hâte, dans mes cahiers d'observations, je n'ai trouvé que les deux cas suivans :

« Le 14 avril 1828, on ouvrit, à l'hôpital de la » Charité, une jeune femme qui avait été affectée d'un rhumatisme articulaire très aigu, pendant le cours duquel il survint une pleurésie. » (Cette pleurésie se manifesta peut-être en » même temps que le rhumatisme; mais celui-ci » ayant absorbé, sans doute, toute l'attention » du médecin et des assistans, on ne reconnut » la pleurésie qu'à l'ouverture du cadavre.)

» La malade ne passa qu'une quinzaine de » jours à l'hôpital.

» L'articulation tibio-fémorale gauche était » rouge, un peu sèche; les condyles du fémur » étaient érodés : il n'y avait point de pus. L'articulation tibio-fémorale droite était pleine » d'un véritable pus mêlé de synovie; la congestion sanguine était à peine marquée (dans » les derniers jours de son existence, la malade » avait cessé de souffrir dans cette articulation). » Une des deux articulations radio-carpiennes » était *rouge* comme l'articulation tibio-fémorale » gauche, et avait été évidemment enflammée.

» La portion de la veine crurale la plus voisine de l'articulation pleine de pus, contenait » une matière purulente, mêlée d'une sanie » rougeâtre. Dans tout le reste de son étendue, » elle était oblitérée, ainsi que ses divisions, » par du sang concret; en plusieurs points, on » reconnut une certaine quantité de pus. Les » parois de la veine étaient épaissies, surtout » vers le genou. Sa membrane interne était d'un » rouge violet : la concrétion fibrineuse ou » fibrino-purulente se détachait facilement.

» L'artère crurale était libre.

» Le nerf qui accompagne ces vaisseaux était » plus rouge qu'à l'état normal, et nous parut » sensiblement plus gros. »

Sur les cinq cas de rhumatisme articulaire inscrits dans un relevé de notre clinique (du 10 mars au 30 août 1832), il en est un qui fut mortel; voici une courte note sur ce cas.

L'individu qui succomba fut atteint, pendant son séjour à l'hôpital, d'un violent érysipèle de l'avant-bras et de la main gauche, avec fièvre ardente et accidens cérébraux. Il mourut le quatrième jour après l'explosion de cette grave complication (1).

A l'autopsie cadavérique, on trouva plusieurs énormes foyers de pus dans les tégumens du bras et de la main, et les veines de ce membre ainsi que plusieurs autres étaient enflammées.

» pleines de nodosités, tuméfiées, et pour toujours comme à demi » contournées.

» Nous rencontrions une dyssenterie semblable à ce rhumatisme, » rebelle comme lui aux lois du traitement connu, et suivant tout-à-fait la marche de cette fluxion opiniâtre des articulations. Les » douleurs des intestins durèrent fort long-temps... On tenta inutilement differens moyens : les malades périrent, soit d'hydropisie, soit de consomption, par des déjections continuelles de » sérum ou de *chymus*.

» On trouvait alors les *intestins, surtout les gros, beaucoup » plus épais que dans l'état ordinaire, coriaces*, et cependant » pas ulcérés.

» Le rhumatisme invétéré produisait ici sur les intestins ce que » j'ai dit avoir eu lieu par la même cause pour les articulations, » qui restaient tuméfiées, noueuses, raides et inhabiles au mouvement. » (*Médecine pratique*, tome III, pages 241 et suivantes.)

(1) Il est clair que ce n'est point le rhumatisme articulaire qui a fait périr ce malade. Mais il ne serait pas impossible que l'inflammation phlegmoneuse du membre et la phlébite eussent été produites par la même cause qui avait donné lieu au rhumatisme articulaire. A cette époque, j'employais les émissions sanguines avec assez de générosité, sans néanmoins avoir encore fait usage de la méthode que je suis aujourd'hui. Peut-être aurions-nous sauvé ce malade, si cette méthode eût été mise en usage. Il faut, toutefois, reconnaître que les accidens cérébraux constituaient une circonstance des plus aggravantes.

La plupart des articulations contenaient une synovie trouble, épaisse, offrant en quelques points l'aspect du pus.

M. Raciborski a publié le fait suivant (1) : « Villamé (Thérèse), âgée de 27 ans, cuisinière, exposée à l'humidité et aux vicissitudes atmosphériques, enceinte de cinq mois, commence, le 27 janvier, à éprouver des douleurs dans les hanches, suivies de frisson. Les genoux, les pieds et les poignets se prennent successivement, et la malade entre dans le service de M. Piorry (n° 66, salle Saint-Joseph). Le 1er février, on constate une tuméfaction, avec chaleur et rougeur, de presque toutes les articulations, et une hydarthrose du genou gauche.

» On a prescrit plusieurs saignées pendant les jours suivans, et deux seulement ont été faites, à plusieurs jours de distance (par erreur ou négligence). La malade resta dans un état à peu près stationnaire jusqu'au 6 mars, où elle accoucha d'un enfant mort... Des symptômes de métro-péritonite se déclarent, et la malade succombe, le 9 mars, à huit heures du soir.

» *Aut. cadav.* — L'articulation fémoro-tibiale gauche présente, à l'extérieur, une tuméfaction des plus remarquables. A l'ouverture, il s'en écoule une quantité considérable de pus ayant les caractères les plus tranchés, et il en reste encore deux cuillerées. Les cartilages sont ramollis, les fibro-cartilages détruits sur quelques points. La capsule elle-même présente une couleur rouge foncée; de fausses membranes existent à sa surface. Des altérations analogues se rencontrent à un degré plus ou moins élevé dans les deux articulations tibio-tarsiennes.— L'intérieur du vagin contient une sérosité rougeâtre, mêlée de pus. La surface interne de la matrice est un peu ramollie. Pas de pus dans sa substance; les veines de la matrice et la veine cave n'en offrent pas non plus. » (*Journal hebdom.*, 12 avril 1834.)

Dans l'article qu'il a consacré au rhumatisme puerpéral des muscles et des synoviales (*Inflammation puerpérale des muscles et des synoviales*), M. Cruveilhier, a rapporté trois cas de terminaison par suppuration (2). Il a aussi trouvé les surfaces articulaires érodées.

Dans le premier cas, les articulations tibio-tarsiennes, toutes les articulations tarsiennes et les gaînes synoviales tendineuses des muscles fléchisseur commun, fléchisseur propre et jambier postérieur étaient remplies de pus.

Dans le second cas, la suppuration avait eu lieu dans l'articulation du genou et dans le tissu cellulaire libre de la cuisse et de la jambe.

Dans le troisième cas, les foyers de pus siégeaient dans l'articulation du poignet, dans les articulations tarsiennes et dans l'épaisseur de la jambe. (Cruveilhier, *Anat. pathol. du corps humain*, 17e livraison.)

Dans le dernier concours pour l'agrégation, un des compétiteurs a cité le cas d'un rhumatisme articulaire aigu (service de M. Husson) terminé par la mort. On trouva du pus dans la plupart des articulations, et entre autres dans celle de l'axis avec l'atlas.

Quelque peu nombreux que soient les cas dont on vient de prendre connaissance, ils suffisent pour démontrer que la terminaison par suppuration ou par épanchement purulent n'est point étrangère au rhumatisme articulaire aigu (3).

Ces faits démontrent en même temps, que le véritable et principal siége de cette maladie n'est point dans les ligamens, comme l'enseignaient Pinel, M. Chomel (4) et beaucoup d'au-

(1) Communiqué à M. le docteur Raciborski, par M. Godin, élève de M. Piorry.

(2) Il est très vrai, et M. Cruveilhier n'a pas oublié de le dire, que chez les femmes récemment accouchées, l'inflammation rhumatismale des articulations, comme toutes les autres inflammations en général, a une tendance à la suppuration qu'on n'observe pas au même degré hors de l'état puerperal ; mais cela n'empêche pas que la nature de la maladie ne soit au fond la même. Pour se débarrasser de ces faits importuns, on a pris le parti le plus simple : on a nié, *à posteriori*, l'existence du rhumatisme chez les nouvelles accouchées *rhumatisantes* dont les articulations contenaient du pus.

(3) Que s'il s'agissait du rhumatisme dit musculaire aigu, on ne serait pas embarrassé pour rapporter des cas de suppuration du tissu cellulaire intermusculaire. Les chirurgiens nous ont tracé une histoire assez detaillée de ces abcès *rhumatismaux*. M. le professeur Roux en a observé un très grand nombre, et je me rappelle avoir fait entrer dans sa clinique, il y a un an environ, un jeune homme des plus vigoureux, attaché au service de santé de la marine, qui, à la suite de douleurs rhumatismales, fut atteint d'une énorme suppuration du tissu cellulaire du muscle grand pectoral gauche, suppuration dont il fut impossible de tarir la source et qui finit par emporter le malade.

Dans son *Anatomie pathologique du corps humain*, après avoir dit que *le rhumatisme puerpéral comme d'ailleurs le rhumatisme inflammatoire provenant de toute autre cause* (*), *peut affecter exclusivement le tissu cellulaire qui constitue autour de chaque muscle comme une atmosphère celluleuse, les muscles étant parfaitement intacts*, M. Cruveilhier rapporte le cas suivant :

« Un jeune homme, étant allé patiner sur le canal de l'Ourcq, saisi par le froid, éprouve une douleur vive dans toute la cuisse : on crut à une simple douleur rhumatismale. Bientôt des traces non équivoques d'inflammation se manifestèrent ; le malade dépérit rapidement : fréquence extrême du pouls ; mort un mois après l'invasion.

» A l'ouverture, on trouva que le tissu cellulaire de toute la cuisse avait été envahi par la suppuration ; les muscles avaient été comme disséqués ; le fémur, privé de son périoste, était au centre de cette vaste dénudation. »

Après avoir examiné quelques observations de rhumatisme musculaire terminé par suppuration, M. Chomel conclut que *cette terminaison n'est encore établie sur aucun fait certain.* « Je ne prétends pas néanmoins, dit-il, que le rhumatisme ne soit pas susceptible de se terminer par suppuration. » (*Essai sur le rhumatisme.*)

(4) M. Chomel, dans son *Essai sur le rhumatisme*, com-

(*) L'état puerpéral n'est point la cause du rhumatisme; il constitue seulement une prédisposition à cette maladie, et favorise la terminaison par suppuration. Mais, comme nous le dirons bientôt, la seule cause *déterminante* du véritable rhumatisme aigu, est un refroidissement subit, succédant à une transpiration plus ou moins abondante, une *sueur rentrée*, comme le dit le vulgaire.

tres. Quoi qu'en ait dit ce dernier auteur (M. Chomel), le rhumatisme articulaire aigu a pour siége réel les membranes séreuses des articulations ou les synoviales. Les tissus ligamenteux ne sont pris qu'accessoirement, ainsi que plusieurs autres parties voisines, telles que les vaisseaux, le tissu cellulaire extérieur des articulations, etc.

Pour distinguer le rhumatisme des synoviales articulaires de celui des autres parties qui concourent à former ces articulations, il conviendrait, peut-être, de lui donner le nom de *synovite rhumatismale.*

CHAPITRE IV.

CAUSES DÉTERMINANTES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il existe certainement pour le rhumatisme articulaire aigu, comme pour la plupart des autres maladies, une véritable prédisposition. Mon objet actuel n'est pas d'insister sur cette circonstance, qu'il m'importait seulement de noter en passant.

Quant aux causes déterminantes de la maladie qui nous occupe, elles se réduisent, en dernière analyse, à une seule, savoir, l'action du froid, surtout humide. Cette action est d'autant plus puissante, qu'elle s'exerce chez un individu dont le corps est échauffé outre mesure et dans un état d'abondante transpiration. Les fatigues musculaires constituent aussi une condition éminemment favorable au développement de cette maladie. L'influence du froid, à la suite de violens exercices, a été parfaitement signalée par Sydenham : *Hâc ut plurimum occasione rheumatismus nascitur; æger sc. sive exercitio aliquo vehementiori, sive aliquo modo excalefactus, mox repentinum frigus admisit.*

Cette cause est tellement évidente, que l'on a réellement quelque peine à concevoir comment elle a pu, dans ces derniers temps, être révoquée en doute. Chose assez singulière, à notre avis : le même auteur qui nie l'influence du froid pour la production du rhumatisme articulaire, reconnaît au rhumatisme musculaire la cause dont il s'agit (1).

Quelque profondément convaincu que je fusse par l'autorité des observateurs qui nous ont précédés, et par l'autorité des faits que j'avais antérieurement recueillis, de l'influence du froid sur le développement du rhumatisme articulaire, j'ai voulu, par de nouvelles observations, savoir à quoi m'en tenir sur la valeur de l'opinion contraire. Or, environ cinquante sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu, interrogés par nous dans le courant de cette année, nous ont, pour la plupart, formellement déclaré, en présence d'une foule d'élèves, que leur maladie avait bien été *occasionée* (pour nous servir de l'expression de Sydenham) par des alternatives de chaud et de froid. Quelques sujets, il est vrai, commencent par répondre qu'ils ne connaissent pas la cause de leur maladie. Mais en les interrogeant avec le soin nécessaire, on ne tarde pas à savoir que tous ou presque tous ont été exposés à la cause ci-dessus indiquée. Au reste, la règle générale passe toujours avant l'*exception.*

Si ce qui précède est bien vrai, on ne doit pas s'étonner de ce que, toutes choses égales d'ailleurs, le rhumatisme affecte de préférence les personnes, qui, par leurs travaux ou leurs professions subissent souvent des alternatives de chaud et de froid, tels que les marchands de vin, les boulangers, les cuisiniers, les laboureurs, les militaires, les blanchisseuses. On conçoit aussi pourquoi le rhumatisme articulaire aigu sévit le plus fréquemment pendant les saisons dans lesquelles les vicissitudes de chaud et de froid sont très communes, etc., etc.

On a créé, je le sais, pour le rhumatisme, comme on l'avait fait pour tant d'autres maladies, un agent spécial, un *âcre, un virus rhumatismal, une humeur rhumatismale.* Mais c'est là une hypothèse des plus gratuites, et l'on est affligé de voir un aussi excellent observateur que Stoll partager, en quelques endroits de ses écrits, une pareille erreur. Cet illustre médecin, comme personne ne l'ignore, a fait jouer aussi à son état gastrique ou saburral, à sa *polycholie,* un rôle important dans la production de certains rhumatismes, et de là même, ainsi que nous le dirons plus loin, sa malheureuse division de cette maladie en *rhumatisme inflammatoire* et en *rhumatisme non-inflammatoire.* Quelque imposante que soit une opinion soutenue du beau nom de Stoll, on ne saurait, pourtant, lui sacrifier l'observation et ce serait faire un tel sacrifice que d'admettre tout ce que le célèbre médecin de Vienne a

mence par déclarer (page 8) que l'*anatomie pathologique n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres et le rhumatisme.* Il conclut des symptômes du rhumatisme, que cette maladie a pour siége le tissu musculaire et fibreux. Toutefois, il ne se prononce qu'avec une grande réserve sur le siége du rhumatisme dans le tissu fibreux.

« L'expression de rhumatisme articulaire, dit M. Chomel, était » préférable à celle de rhumatisme fibreux qu'on lui a substituée. » En indiquant qu'il avait son siége au *niveau d'une articulation,* » elle ne présentait aucune idée fausse ou douteuse : ce sera uni- » quement dans ce sens que je l'emploierai dans le cours de cette » dissertation. » (*Essai sur le rhum.*, p. 15.)

(1) « L'influence du froid est extrêmement prononcée sur la » production du rhumatisme musculaire; mais pour le rhumatisme » articulaire cette cause est à peu près nulle. » (*Lancette française ; Résumé de la Clin. de M. le prof. Chomel, jeudi* 1er *octobre* 1835.)

écrit touchant l'influence qu'exerce la bile sur le développement du rhumatisme, comme sur celui de la pleurésie, de la pneumonie et de la plupart de toutes les autres maladies aiguës (1). Il ne faut pas que notre respect pour les grands maîtres qui ont vécu avant nous, aille jusqu'à l'idolâtrie. C'est en marchant sur leurs traces, et non par une adoration superstitieuse et servile, qu'il convient d'honorer les génies supérieurs.

CHAPITRE V.

DE LA NATURE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

§ Ier.

Lorsqu'on a bien observé, sous tous les rapports, un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, on a lieu de s'étonner des longues disputes dont la nature de cette maladie a été l'objet. On est particulièrement surpris qu'un des praticiens les plus célèbres de notre époque, après avoir cherché vainement à placer le rhumatisme dans l'une des classes des cadres nosologiques les plus connus, se trouve réduit à l'installer entre les phlegmasies et les hémorrhagies.

« Le rhumatisme ne pouvait être mieux placé, dit M. Chomel, qu'à la fin de la classe » des phlegmasies, avec lesquelles il a plus » d'analogie qu'avec aucune autre affection, » et immédiatement avant celle des hémorrhagies, avec laquelle il a aussi des connexions intimes, et notamment par ses fréquens retours et sa mobilité.

» Il offre avec les maladies nerveuses beaucoup d'analogie par *l'absence de toute espèce* » *de lésion organique dans les parties qu'il affecte*... Il se montre fréquemment avec des » phénomènes inflammatoires; mais ce n'est » pas dans les parties affectées de rhumatisme » *que ces phénomènes ont lieu* » (*Essai cité*, pag. 66, 67.) (2).

Toutefois, il faut reconnaître que de bons observateurs, dans tous les temps, ont reconnu au rhumatisme articulaire aigu un caractère inflammatoire. Mais comme, tout en admettant sa nature inflammatoire, il offre des caractères qu'on ne rencontre pas dans d'autres inflammations, il fallait bien *spécialiser le rhumatisme articulaire*. C'est pourquoi ceux-ci le classèrent parmi les catarrhes, ceux-là, parmi les fluxions. Comme, par les progrès continuels de la science, les catarrhes et les fluxions de l'espèce de ceux dont on rapprochait le rhumatisme articulaire aigu, sont venus aujourd'hui se fondre et se perdre en quelque sorte dans la vaste classe des phlegmasies proprement dites, il s'ensuit que cette dernière maladie elle-même a dû éprouver un semblable sort.

Ce n'est pas, en conscience, dans une sorte de pudeur médicale que l'on se trouve aujourd'hui forcé de démontrer la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, à son *maximum* d'intensité, surtout depuis que tant de faits ont démontré la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. Hé quoi! on oserait refuser le titre de phlegmasie à une maladie qui, portée à son plus haut degré, est caractérisée, sous le point de vue de ses symptômes locaux, par la douleur, la chaleur, la tuméfaction, la rougeur, et sous le point de vue de l'état général, par une fièvre des plus violentes qui se puissent rencontrer; à une maladie qui, dans des cas malheureux où elle s'est terminée par la mort, a été accompagnée de suppuration dans les articulations; à une maladie qui se développe sous les mêmes conditions atmosphériques que les autres inflammations les plus franches, telles que l'angine, la bronchite, la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, etc. (3); à une maladie qui,

(1) Au reste, en divers endroits de sa Médecine pratique, Stoll signale très *explicitement* l'influence des alternatives de chaud et de froid sur la production du rhumatisme. A la page 241 du tom. III, par exemple, il dit : *On voyait affectés de rhumatismes des hommes bien portans d'ailleurs, pour s'être exposés, dans un état de sueur, à un air froid.* A la page 218, en parlant de la dyssenterie *rhumatismale* ou du *rhumatisme intestinal*, il déclare qu'*il n'a jamais vu cette maladie avoir lieu sans que les malades eussent à se reprocher de s'être exposés au froid étant en sueur.*

(2) Voici quelques variantes de cette opinion:

Dans le compte-rendu des leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, on s'exprime ainsi relativement à la nature de cette maladie : « Après avoir comparé le rhumatisme à toutes les maladies » connues, nous sommes forcé de reconnaître qu'il forme un » groupe, une famille tout aussi naturelle que la fièvre intermit- » tente. » (*Lancette française*, 4 septembre 1834.)

Dans cet article, on s'applique à détailler les différences qui existent entre le rhumatisme et l'inflammation, laquelle, dit-on, *n'a qu'une forme;* et dans les cas où *le rhumatisme semble revêtir une forme inflammatoire*, on le rapproche de la variole!!! De ce que la fièvre persiste lorsque toutes les articulations sont devenues libres, on en conclut que le rhumatisme *articulaire* ne réside pas dans les *articulations*, et, à cette occasion, par un seul mot des inflammations rhumatismales du péricarde, de l'endocarde, de la plèvre, etc., qui alimentent cette fièvre, et produisent *ce phénomène curieux qui ne se voit jamais dans l'inflammation.*

(3) Encore une fois, il n'est aucun véritable observateur qui puisse soutenir aujourd'hui que les causes du rhumatisme articulaire aigu sont tout-à-fait inconnues. Quoi! les grandes et brusques alternatives de chaud et de froid, surtout à la suite de pénibles exercices musculaires, seraient étrangères au développement du rhumatisme articulaire aigu! Répondre par l'affirmative, c'est nier la *lumière* et le *mouvement*. Au reste, en admettant qu'en effet les causes du rhumatisme articulaire aigu sont entièrement inconnues, les médecins que nous réfutons assimilent cette affection à la pneumonie, à la pleurésie, à la péricardite; car ils professent que les causes de ces maladies sont également ignorées, bien que les vicissitudes atmosphériques indiquées ci-dessus exercent sur leur développement comme sur celui du rhumatisme articu-

comme nous allons bientôt le voir, cède, ainsi que ces dernières, à la grande méthode des émissions sanguines bien appliquées, et qui est rebelle à toutes les autres méthodes (1); à une maladie enfin dans laquelle le sang que l'on retire aux individus qui en sont affectés, offre le *type* de la couenne inflammatoire!

Il est très vrai que l'on voit assez souvent le rhumatisme articulaire passer rapidement d'une articulation à une autre, revenir dans l'articulation qu'il avait abandonnée, la quitter encore pour une autre. Ce caractère de mobilité, de *déambulation*, du rhumatisme articulaire, justement signalé par tous les observateurs, constitue-t-il donc une particularité inconciliable avec la nature inflammatoire que nous lui reconnaissons? S'il en est ainsi, il nous faut rayer aussi de la liste des phlegmasies certains érysipèles, certaines angines, certains catarrhes, toutes maladies qui, à un très léger degré, peuvent disparaître dans l'espace de vingt-quatre heures, et même moins.

Il y a, d'ailleurs, pour le déplacement et la disparition brusque du rhumatisme articulaire, des conditions particulières dont il importe de tenir compte, et dont les principales sont les suivantes: 1° le peu d'intensité de la maladie, et sa dissémination sur plusieurs articulations dès son début, circonstances qui sont, jusqu'à un certain point, corrélatives, car il semble que cette maladie perde en profondeur ce qu'elle gagne en étendue; 2° l'influence de la cause extérieure qui a produit le rhumatisme primitif, agissant sur une partie jusque là respectée, et dans ce cas, ce n'est pas, comme on le dit, le rhumatisme d'une articulation malade qui se porte sur celle qui était saine; mais celle-ci s'étant fortement prise, l'autre s'est dégagée plus ou moins, conformément à la grande loi d'Hippocrate: *duobus laboribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum;* 3° enfin, la diathèse rhumatismale générale que produit nécessairement un refroidissement général, succédant à une chaleur accompagnée de transpiration plus ou moins abondante, bien que cette cause n'ait déterminé d'abord, et en quelque sorte d'emblée, une fluxion inflammatoire que sur quelques articulations.

Je me sers à dessein du mot fluxion inflammatoire pour rapprocher la nuance ou le degré de rhumatisme que nous étudions ici, de ces fluxions de la face, qui accompagnent quelquefois le mal de dent ou la carie dentaire. Dira-t-on que ces dernières ne sont pas inflammatoires, parce qu'on les voit se dissiper très-rapidement, aussitôt que la douleur atroce qui constitue le symptôme prédominant de cette carie a disparu? Pour réduire à sa juste valeur une telle dénégation, il suffit de faire remarquer que dans les cas où cette fluxion est portée à un très-haut degré, on la voit se terminer par un véritable abcès. Gardons-nous bien, on ne saurait trop le répéter, de prendre des différences dans l'intensité d'une seule et même maladie, pour des différences dans sa nature ou son essence.

J'ai dit plus haut que la connaissance du grand fait de la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, déposait en faveur de sa nature inflammatoire. En effet, qu'est-ce autre chose que la péricardite et l'endocardite, sinon un véritable rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? et par contre, qu'est-ce que le rhumatisme articulaire aigu, sinon une inflammation, et pour ainsi dire une endocardite ou une péricardite du tissu séro-fibreux des articulations?

On insiste et on dit: Mais nous connaissons l'inflammation des articulations par cause externe, ou l'arthrite *traumatique, chirurgicale,* et elle ne se comporte pas à la manière du rhumatisme articulaire aigu; donc celui-ci n'est pas une arthrite. En vérité, de pareilles objections ne méritent guère l'honneur d'une réfutation.

Vous dites que vous connaissez l'arthrite *traumatique* ou *chirurgicale,* et qu'elle ne se comporte pas comme le rhumatisme; il aurait bien mieux valu dire, ce me semble, que vous connaissez l'arthrite non *traumatique, médicale,* et qu'elle ne ressemble point à l'affection appelée rhumatisme articulaire aigu. Nous disons, nous, que le rhumatisme articulaire aigu ressemble si bien à l'arthrite *médicale* ou produite par une cause non *traumatique,* qu'il est impossible de citer un seul cas de cette dernière si on ne la confond pas avec le rhumatisme articulaire aigu. Or, de toutes les membranes séreuses, les synoviales seraient-elles donc les seules qui

laire aigu, la plus évidente comme la plus fatale influence.

La doctrine étiologique que nous exposons à l'égard du rhumatisme articulaire, de la pneumonie, de la pleurésie, etc., est tout-à-fait conforme à celle de Sydenham. En effet, voici comment s'exprime cet oracle de l'observation, à propos des causes des maladies qu'il désigne sous le nom de fièvres intercurrentes, telles que la *pleurésie*, la *péripneumonie*, l'*angine*, etc.

« Causa evidens EXTERNA (horum morborum) inde petenda est, » quòd quis scilicet vel præmatutiùs vestes abjecerit; vel ab exer- » citio incalescens se frigori incautiùs exposuerit... et sanè exis- » timo plures modo jam designato, quàm PESTE GLADIO, atque FAME » simul omnibus, PERIRE. » (Op. cit., pag. 160.)

(1) Voilà encore, je le sais, une proposition *mal sonnante* et *sentant l'hérésie* pour les médecins que nous combattons. Ils enseignent, en effet, que les émissions sanguines n'arrêtent point le rhumatisme articulaire aigu dans son cours, n'en abrègent pas sensiblement la durée, ne le *guérissent* pas, en un mot. Je conviens, de très bonne grâce, que les émissions sanguines, pratiquées d'une certaine façon, sont aussi impuissantes qu'on le déclare; mais ce que j'affirme, sur la foi de l'expérience la plus concluante, c'est que les émissions sanguines coup sur coup, telles que nous les pratiquons, guérissent le rhumatisme articulaire aigu, la pleurésie, la pneumonie, etc. J'en appelle, à cet égard, aux dépositions consciencieuses des nombreux témoins de notre pratique!

n'auraient jamais leur inflammation *médicale* ou de cause *interne?*

Quoi ! parce que la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, qui se développent sous l'empire des mêmes causes que le rhumatisme articulaire aigu, ne se comportent pas non plus absolument comme la péricardite, la pleurésie, la pneumonie traumatiques, on irait en conclure que les premières ne sont pas des inflammations ! Sans doute, l'espèce de cause qui produit une phlegmasie lui imprime un cachet particulier, une forme, une marche, qui n'appartiennent pas aux autres phlegmasies déterminées par des causes différentes, et il faut prendre en sérieuse considération ces particularités ; mais cela n'empêche pas que le fond ne reste essentiellement le même, que le type inflammatoire ne soit, dans tous les cas, évident à des esprits vraiment observateurs ! Voudrait-on, par exemple, qu'un individu pris tout-à-coup, à la suite d'une alternative de chaud et de froid, d'un rhumatisme articulaire sur-aigu et éparpillé sur un grand nombre de points différens, éprouvât absolument le même appareil symptomatique qu'un individu affecté d'une inflammation d'une seule articulation produite par un coup, une chute, une cause dite *locale* quelconque? Certes, il est impossible à tout médecin doué du simple sens commun médical, de soutenir une pareille hérésie. Toute cause qui saisit à la fois plusieurs points de l'économie, qui s'étale et se généralise, peut, en même temps qu'elle fait éclater dans certains points une véritable inflammation, n'exercer ailleurs son influence qu'au degré d'une simple excitation, et mettre en jeu cette *diathèse générale* qui, sans être une inflammation bien caractérisée, n'en est pas moins un état qui tend réellement à passer à l'inflammation, et, pour ainsi dire, une inflammation à l'état naissant ou rudimentaire. Le système sanguin est certainement le siége ordinaire de cette diathèse inflammatoire générale qui, comme je crois l'avoir prouvé ailleurs, se confond avec l'état fébrile. Il semble que les nouveaux faits que nous avons recueillis sur le rhumatisme articulaire aigu, soient venus tout exprès pour appuyer la doctrine que nous rappelons ici. En effet, dans quel cas observe-t-on une fièvre dite inflammatoire, une *synoque* plus violente et mieux caractérisée que dans le rhumatisme articulaire sur-aigu, fièvre qui continue assez souvent à un haut degré, après la cessation de l'inflammation des articulations? Or, n'est-ce pas une chose bien digne de toute l'attention des vrais observateurs, que cette endocardite, cette phlébite et parfois cette artérite, qui se rencontrent chez les individus atteints du rhumatisme articulaire aigu ?

Quoi qu'il en soit, il est évident que les phlegmasies multipliées des articulations produites par la cause *rhumatismale* doivent être moins profondes, que l'inflammation traumatique d'une seule de ces articulations ; qu'elles doivent par conséquent moins adhérer aux parties qu'elles affectent, se déplacer plus facilement, se reproduire aussi sous l'influence renouvelée de la cause, comme l'arthrite traumatique renaîtrait elle-même si une nouvelle cause agissait avec la puissance voulue; mais avec cette différence que, dans ce dernier cas, il n'existe pas la diathèse inflammatoire générale qui favorise le développement d'une inflammation locale dans les points sur lesquels une cause *irritante* quelconque peut agir. Ajoutons que, d'ailleurs, ces arthrites traumatiques ne coïncident pas, comme les violentes arthrites rhumatismales, avec une péricardite, une endocardite aiguë, et que la connaissance de cette dernière circonstance nous donne réellement la clef de plusieurs phénomènes qui jusque là avaient dû singulièrement embarrasser les observateurs. De telle sorte, par exemple, que cette fièvre rhumatismale ou arthritique, encore présente lorsque le rhumatisme lui-même est absent, sur laquelle quelques uns faisaient reposer leur théorie de l'essence non inflammatoire de cette maladie, est précisément une des preuves les plus décisives en faveur de la théorie contraire. En effet, la cause qui l'entretient (cette fièvre) est ordinairement une inflammation de l'endocarde ou du péricarde, inflammation qui, je le répète, n'est elle-même qu'un rhumatisme de ces tissus séro-fibreux.

Ainsi donc, les particularités que présente le rhumatisme articulaire aigu dans son cours n'empêchent pas qu'il ne doive être rangé dans la classe des phlegmasies. C'est ce qu'avait très bien vu mon savant confrère et ami, M. le docteur Roche, dans son bel article *Arthrite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Mais voici comment il distingue entre elles l'arthrite *traumatique* et l'arthrite *rhumatismale:*
« On ne saurait douter, dit-il, que l'arthrite
» traumatique consiste dans *l'inflammation* pure
» et simple des tissus fibreux et séreux qui con-
» courent à former l'articulation, et l'on con-
» çoit que cette inflammation doive rester lo-
» cale comme sa cause, qu'elle soit fixe, con-
» tinue, régulière et non sujette à récidiver.
» Il nous paraît certain que dans le rhumatisme,
» outre *l'inflammation* articulaire, il existe une
» *altération* du sang qui tient même en partie
» celle-ci sous sa dépendance. »

Quelle est donc cette altération du sang surajoutée à l'inflammation articulaire, qui tient même en partie celle-ci sous sa dépendance, et qui caractérise spécialement le rhumatisme articulaire ? Je regrette que M. Roche ne se soit pas plus amplement expliqué là-dessus ; si, à l'époque où cet excellent esprit a rédigé son article, la péricardite et l'endocardite rhumatismales eussent été connues comme elles le sont aujourd'hui, aurait-il placé uniquement dans une altération du sang qu'il ne *spécifie* pas, le

caractère pathognomonique du rhumatisme articulaire aigu?

Ce n'est pas que je nie l'altération du sang dans le rhumatisme articulaire aigu. J'ai fait, pour ma part, de nombreuses recherches qui démontrent, au contraire, qu'il n'est aucune autre maladie franchement inflammatoire, pas même la pneumonie, dans laquelle on observe une plus belle couenne inflammatoire, un caillot plus ferme, plus résistant, plus glutineux (1). Mais il faut néanmoins reconnaître que ce n'est pas là un caractère qui distingue le rhumatisme articulaire aigu des autres phlegmasies aiguës franches, avec forte réaction fébrile, puisque, au contraire, ce caractère leur est commun à toutes. Il m'a semblé que si le caillot était si ferme et si glutineux, la couenne inflammatoire si épaisse, si dense, si résistante, si bien organisée en fausse membrane, c'est que la fièvre rhumatismale est, par excellence, la fièvre dite inflammatoire ; que cette fièvre inflammatoire est, en partie du moins, le résultat d'une véritable phlegmasie de la membrane interne du système vasculaire en général, et de l'endocarde en particulier, et que cette inflammation donne lieu à une sécrétion pseudo-membraneuse qui concourt à la formation de la couenne (2).

Jusqu'à ce jour, on s'était borné à constater la couenne inflammatoire dans le sang fourni par la saignée générale. Ainsi que je l'ai déjà dit précédemment, nous avons trouvé aussi la couenne sur les caillots fournis par les saignées pratiquées autour des articulations au moyen des ventouses (3). Nous avons actuellement sous les yeux un individu pâle, anémique, rhumatisant depuis cinq à six ans, qui, depuis une quinzaine de jours, offre un rhumatisme subaigu de plusieurs des articulations des membres inférieurs, et spécialement du genou droit. Comme il n'existe presque point de réaction fébrile, que le cœur est intact, je n'ai pas cru pouvoir, vu l'état d'appauvrissement de la masse sanguine, faire pratiquer de saignée générale ; mais des ventouses ont été appliquées deux jours de suite sur l'articulation malade, et, chose digne de remarque, malgré cet état d'appauvrissement du sang, elles ont fourni des rondelles fermes, glutineuses, recouvertes d'une couenne grisâtre, résistante.

Si tout ce que nous venons de voir ne suffisait pas pour démontrer clairement, j'ai presque dit mathématiquement, la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, je pourrais encore présenter un nouvel argument d'une grande valeur, et que voici : s'il est vrai que le rhumatisme articulaire aigu constitue bien une inflammation, il devra, dans le cas où il se *fixe* sur une articulation pendant plusieurs mois, quand il passe à l'état chronique enfin, amener dans cette articulation les mêmes désordres qu'y produirait une inflammation non contestée. Or, c'est là précisément ce qui arrive. Qu'on dissèque les articulations frappées d'une tumeur *blanche rhumatismale*, et l'on verra si réellement les altérations qui la constituent ne sont pas semblables à celles qui caractérisent la tumeur blanche par cause traumatique, si elles ne dénotent pas l'existence d'un état inflammatoire antérieur. J'ai eu, pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, d'assez fréquentes occasions de m'assurer de la vérité de ce que je viens d'avancer.

C'est ici le cas de rapprocher, d'ailleurs, les altérations que la péricardite et l'endocardite rhumatismales chroniques entraînent à leur suite, de celles que l'arthrite rhumatismale chronique détermine de son côté. Eh bien ! à part les différences qui tiennent à l'organisation diverse du cœur et des articulations, ces altérations sont essentiellement les mêmes. Dans les deux cas, en effet, des adhérences, des solutions de continuité, des épaississemens purement hypertrophiques ou avec transformation des tissus, voilà ce qu'on rencontre.

Le rhumatisme articulaire aigu, ainsi que nous l'avons vu, peut, selon ses degrés d'intensité, tantôt affecter la forme purement *fluxionnaire*, et tantôt revêtir la forme *suppuratoire*. Or, sous ce nouveau point de vue, il se rallie encore à une foule d'autres maladies dont aucun médecin ne nie la nature inflammatoire.

Voyez l'ophtalmie et le coryza : dans le premier degré, la première nuance, le premier *ton* de la phlegmasie, flux séreux, avec rougeur et congestion sanguine modérée ; dans un degré très élevé, ophtalmie et coryza avec sécrétion *puriforme*.

Voyez la stomatite : premier degré, flux abondant de salive et de mucus séreux, ptyalisme ; degré élevé, sécrétion pseudo-membraneuse, aphthes, etc.

Étudiez le catarrhe bronchique : comparez l'expectoration du premier degré avec celle d'un degré beaucoup plus élevé, et vous verrez la même différence.

Étudiez le catarrhe intestinal, connu sous le nom de dyssenterie ou flux de sang : premier degré, hypercrinie séreuse ; degré très

(1) Je reviendrai sur cet état du sang dans un article où je me propose de faire connaître ce que nos observations nous ont appris sur l'état physique de ce liquide dans les diverses maladies.

(2) L'inflammation de la membrane interne du système sanguin peut, par un autre mécanisme que je ne connais pas, disposer le sang à présenter la couenne inflammatoire, et on donnera, si l'on veut, le nom d'*hémite* à cette altération du sang. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'altération dont il s'agit est le produit d'un violent appareil fébrile, sans complication de l'état typhoïde ou putride, et que cet appareil fébrile, ainsi que je l'ai dit dans le *Traité des fièvres* et ailleurs, a son siége réel dans le système vasculaire et le sang qui y circule.

(3) J'ai constaté la même particularité dans d'autres phlegmasies, et notamment dans l'erysipèle et la pleurésie.

élevé, sécrétion glaireuse ensanglantée, puriforme, et même pseudo-membraneuse quelquefois; tendance à l'ulcération, etc.

Examinez la blennorrhagie : premier degré, flux séreux; degré plus élevé, flux purulent.

Voulez-vous des rapprochemens plus *naturels* encore, s'il est possible? Voyez l'inflammation de l'arachnoïde, membrane qui, comme les synoviales, se déploie par une de ses portions sur un tissu fibreux : degré léger (fièvre cérébrale, hydrocéphale aiguë), épanchement séreux; degré plus élevé, épanchement purulent ou pseudo-membraneux, etc.

Voyez les inflammations phlegmoneuses et parenchymateuses elles-mêmes, elles vous présenteront de semblables particularités. Ouvrez, par exemple, un phlegmon naissant, à l'état de crudité, vous trouverez le tissu cellulaire infiltré d'une sérosité un peu épaisse, d'une lymphe gélatiniforme; ouvrez ce même phlegmon bien formé, à l'état de *maturité*, c'est du pus que vous rencontrerez.

Ainsi, de bonne foi, aucun observateur ne saurait contester qu'une seule et même maladie ne puisse affecter une foule de formes différentes, sans cesser pour cela de conserver son essence ou sa nature propre. Il est si vrai que les produits sécrétés se modifient selon le degré de la *phlogose*, de *l'irritation*, de *l'inflammation*, que les phlegmasies diverses dont nous venons de parler, lorsqu'elles se terminent par une résolution graduée, finissent en quelque sorte comme elles avaient commencé, c'est-à-dire qu'un simple flux séreux succède à la suppuration, qui elle-même avait été précédée de flux séreux ou de simple sur-sécrétion (hypercrinie de M. Andral). On sait même que les phlegmasies peuvent se prolonger indéfiniment sous cette dernière forme, ce qui constitue les catarrhes et les flux séreux des anciens.

Pourquoi les métamorphoses par lesquelles passent successivement les diverses phlegmasies ci-dessus notées, ne se remarqueraient-elles pas dans le rhumatisme articulaire, et si ces métamorphoses n'empêchent pas que le *fond* des premières ne soit inflammatoire, pourquoi n'en serait-il pas de même pour le dernier? Ajoutons que si la forme fluxionnaire, *hypercrinique*, du rhumatisme, est susceptible d'une disparition rapide, il en est de même de la forme correspondante de la plupart des autres phlegmasies. Toutefois, il faut reconnaître qu'en raison des différences d'organisation, tout étant égal d'ailleurs, la mobilité n'est pas la même pour toutes les phlogoses, quel que soit leur siége.

Avouons-le donc franchement, sous quelque point de vue qu'on étudie, avec attention, la maladie dite rhumatisme articulaire aigu, elle appartient par sa nature à la grande classe des phlegmasies, elle en constitue même l'une des plus importantes espèces, en raison de la dissémination des tissus qu'elle affecte spécialement, tissus qui ne sont point exclusivement propres aux articulations, mais qui se rencontrent, au contraire, dans d'autres parties extérieures et intérieures : de là ces inflammations internes qui coïncident avec celles des articulations, et dont la connaissance a jeté un jour nouveau et inattendu sur les phénomènes du rhumatisme articulaire aigu.

§ II.

Voyons maintenant si l'opinion que nous venons de développer est bien conforme à celle de deux médecins dont les travaux ont le plus illustré le XVIIe et le XVIIIe siècle, je veux dire Sydenham et Stoll.

Quant au premier de ces deux immortels observateurs, il ne balance point à reconnaître au rhumatisme une nature inflammatoire, et il recommande, en conséquence, de lui appliquer libéralement la méthode des émissions sanguines. Voici, d'ailleurs, en quels termes il fait sa profession de foi à cet égard. Après avoir décrit deux espèces de rhumatisme, savoir, le rhumatisme articulaire aigu proprement dit, et le lumbago rhumatismal (*lumbago rheumatica*), il dit : *Cumutraque hæc morbi species ab inflammatione videatur oriri, quod tum jam dicta arguunt phænomena, tum præsertim sanguinis venæ sectione educti color, ut pote qui pleuriticorum sanguini tam est similis, quam ovum ovo, neque quisquam reperiatur, qui hos inflammatione laborare vel quidem dubitaverit; his, inquam, ita se habentibus, censeo ego curationem non aliunde quam à phlebotomiâ debere sumi...* (De rheumatismo.)

La théorie de Stoll, moins simple que celle de Sydenham, ne paraît pas, au premier abord, rentrer aussi complètement dans celle que nous avons soutenue (1). En effet, le célèbre praticien de Vienne n'hésite point à considérer comme inflammatoire un certain *rhumatisme*; mais il en est *un autre* auquel il semble refuser le *processus inflammatoire*. Entrons dans quelques détails à ce sujet. Si l'on doit professer une grande admiration pour le génie observateur de Stoll en général, il n'en est pas moins vrai que son système sur les différentes espèces d'une seule et même maladie pêche en beaucoup d'endroits, et se trouve souvent en opposition avec les faits les mieux constatés. Au reste, il n'est pas indifférent de noter que, sous *son point de vue théorique*, Stoll se trouve parfois en contradiction avec lui-même.

Quand on lit et qu'on médite attentivement les nombreux endroits dans lesquels Stoll s'est oc-

(1) Voy. *Médecine pratique de Maximil. Stoll*, traduite par P.-A.-O. Mahon. Paris, an IX.

cupé du rhumatisme, et qu'on s'attache à l'*esprit* plutôt qu'à la *lettre* de ce qu'il écrit, on ne tarde pas à se convaincre que les différences qu'il admet dans le rhumatisme reposent plus sur les causes et le siége que sur la nature même de la maladie.

C'est ainsi que le rhumatisme qu'il appelle *bilieux, gastrique* ou *saburral*, ne diffère point du rhumatisme qu'il appelle *inflammatoire*, sous le rapport des symptômes et de ce qui se passe dans les parties malades, mais bien sous le point de vue étiologique, le premier *seul* étant d'origine gastrique, bilieuse, c'est-à-dire « produit par une matière ACRE et bilieuse, » résorbée en grande partie de l'estomac, » et portée à la superficie du corps, où elle » se fixe sur les orifices des vaisseaux exha- » lans qu'elle IRRITAIT. » On voit, par les expressions mêmes de Stoll, telles que nous les avons soulignées, que le rhumatisme *bilieux* lui-même était bien, selon lui, une *irritation*, mais une irritation qui, au lieu d'être produite par un refroidissement subit, l'était par le transport sur les parties malades d'une *impureté gastrique* d'une *bile âcre, irritante*, etc.

Ainsi donc, il ne s'agit réellement ici que d'une question d'étiologie, et pourvu que l'on accorde à Stoll ce qu'il dit de sa chère *polycholie* dans le développement du rhumatisme articulaire aigu, de la *fièvre rhumatismale*, de son côté, il ne niera pas que le mal articulaire ne constitue une inflammation (1).

Ainsi réduite à ses véritables termes, la question de la *nature diverse* du rhumatisme mérite bien qu'on l'examine sérieusement, avec maturité, dans un esprit dégagé de toute prévention systématique, libre de tout préjugé d'école. En effet, tout en admettant que dans le rhumatisme bilieux ou gastrique, la maladie locale soit bien de nature inflammatoire, il est évident que, conformément à ce principe, pour détruire l'effet, il faut s'attaquer à la cause (*sublatâ causâ tollitur effectus*), dans cette espèce de rhumatisme, la première indication qui se présente, c'est de faire vomir, et l'on sait si Stoll fut fidèle à ce principe. Reste donc à savoir si réellement le rhumatisme procède quelquefois de la *bile* et de l'*estomac*, comme nous l'enseigne Stoll, ou si, au contraire, dans les cas mêmes où l'appareil bilieux existe chez les individus rhumatisans, il ne constitue pas une complication, une coïncidence, plutôt qu'une *cause* du rhumatisme. Rien ne semble plus facile, au premier abord, que de dégager l'inconnue du problème qui nous occupe : *faites vomir le malade*, dira-t-on; *s'il guérit, c'est bien au rhumatisme d'origine bilieuse que vous aurez eu affaire; si les évacuans ne réussissent pas, telle n'aura point été, au contraire, l'origine du rhumatisme.* C'est là précisément le procédé d'*élimination* suivi par Stoll et il déclare souvent n'avoir pu résoudre le problème que de cette manière. Cependant, que de choses à dire contre la logique de Stoll! En effet, de ce que les évacuans auront guéri un rhumatisme, peut-on en conclure rigoureusement que de la *bile âcre, résorbée* de l'estomac, avait produit ce rhumatisme? N'est-ce donc qu'en s'opposant à cette hypothétique résorption que les évacuans peuvent être utiles? Est-il bien démontré que la guérison obtenue à la *suite* des évacuans en était l'*effet* (*post hoc, ergò propter hoc*), et les mêmes rhumatismes que Stoll *guérissait* avec l'émétique, d'autres praticiens ne les *guérissaient-ils pas* sans avoir recours à ce moyen? N'est-il donc pas d'autres inflammations, telles que la pleurésie, la pneumonie, que l'on *a cru* avoir guéries par les émétiques, bien que, assurément, elles ne se fussent pas développées par le mécanisme de Stoll, savoir : la résorption d'une matière âcre contenue dans l'estomac, etc., etc.?

Mais en voilà trop sur cette question. Qu'il nous suffise de savoir que, même en adoptant les idées de Stoll sur les *rhumatismes d'origine gastrique*, il ne s'ensuit nullement, du propre aveu de cet illustre praticien, que le *rhumatisme articulaire aigu* ne constitue pas une inflammation. De ce qu'une inflammation produite par une épine réclame pour première opération thérapeutique l'extraction du corps étranger, de *la matière âcre*, si l'on peut ainsi dire, qui l'a produite, faudrait-il en conclure que cette *inflammation n'est pas une inflammation?* Que, pour guérir le rhumatisme articulaire aigu prétendu *bilieux*, il soit nécessaire d'extraire la matière *âcre de l'estomac*, d'arracher en quelque sorte l'*épine bilieuse*, le *corps étranger saburral*, à la bonne heure; mais puisque, à part la cause, ce rhumatisme ressemble à celui que vous appelez inflammatoire, vous ne pouvez, en saine logique, et mieux encore, en saine observation, lui refuser la même nature.

Au reste, Stoll nie si peu le génie inflammatoire du rhumatisme, qu'il donne à cet état morbide le nom d'*inflammation rhumatismale*. Il est bien vrai qu'il ajoute que l'*inflammation rhumatismale ne lui a pas paru être la même que celle que l'on peut appeler la vraie inflammation.* Mais, malheureusement, ainsi que j'en ai déjà

(1) Il vous fera d'autant plus volontiers cette concession, qu'il dit positivement, en parlant des rhumatismes gastriques de mars 1777, que le sang était inflammatoire, que tel était aussi le caractère des maladies jusque là régnantes, ce qui, d'abord, lui avait fait prendre les rhumatismes pour inflammatoires.

Stoll ne sépare point le rhumatisme articulaire du rhumatisme dit musculaire : il *se garde bien surtout de dire que le froid produit l'un et qu'il ne produit pas l'autre*. Et comment, en effet, aurait-il pu commettre cette dernière erreur, lui qui cite des cas dans lesquels, sous l'influence du froid, il a vu survenir à la fois, chez le même individu, les deux espèces de rhumatisme dont il s'agit?

fait précédemment la remarque, vous chercheriez vainement dans cet auteur la définition de ce qu'il appelle une *inflammation vraie*. Il y a bien plus : c'est que, dans le cours de son ouvrage, il n'a donné réellement aucun exemple de cette inflammation vraie. Retranchez, en effet, des maladies inflammatoires qu'il a décrites, l'inflammation *rhumatismale*, l'inflammation *bilieuse*, l'inflammation *septique*, et que vous restera-t-il? Rien, absolument rien. Je me trompe : dans sa belle dissertation sur la dyssenterie, Stoll parle bien de la *vraie* dyssenterie; mais savez-vous quelle est cette dyssenterie *vraie?* C'est précisément ce qu'il désigne sous le nom de *rhumatisme intestinal*, de *catarrhe des intestins*, de *coryza ventral* (1).

Que l'on parcoure le parallèle établi par Stoll, entre l'inflammation *rhumatismale* et l'inflammation dite *vraie*, et l'on verra que si l'une n'est pas la même que l'autre, c'est que Stoll a pu prendre, osons le dire, a réellement pris quelquefois de simples névralgies pour des inflammations de membranes séreuses, une pleurodynie, par exemple, pour une pleurésie, et qu'il n'a pas assez tenu compte des différences qu'apportent les complications, la dissémination, l'éparpillement de l'inflammation ou sa concentration, etc. On verra aussi que certaines différences qu'il établit là sont en contradiction avec d'autres passages de son ouvrage : par exemple, il dit, dans ce parallèle, que l'*inflammation* rhumatismale n'observe point les lois de la coction, *ni celles des crises;* et en traitant des pleurésies rhumatismales, il fait remarquer qu'elles se *jugeaient par les sueurs*.

Qui croirait également qu'un aussi grand observateur que Stoll ait pu proclamer que la *vraie* inflammation se termine ordinairement en *peu* de jours, quel qu'en soit le résultat, tandis que le rhumatisme se prolonge souvent pendant plusieurs semaines, et rarement se termine en peu de temps, lorsqu'il est abandonné à la nature! Comme si les inflammations avec vaste suppuration (et on ne leur contestera pas le nom de vraies!) se terminaient en peu de jours! comme si la cause de la prolongation de la *fièvre rhumatismale* ne résidait pas dans une inflammation quelconque! Non, Stoll ne se serait pas ainsi exprimé, s'il avait su dans quel état se trouvaient la plèvre, la péricarde, l'endocarde, etc., chez les sujets atteints de cette *fièvre rhumatismale rebelle*, éternelle, de nos jours même si mal interprétée par certains *classiques*.

En somme, toutes les distinctions de Stoll concernant l'inflammation, quand elles sont bien étudiées, bien pesées, dégagées de toute subtilité et de toute hypothèse, se réduisent à ceci, qui ne sera contesté de personne, savoir : que l'inflammation présente des différences relatives à son degré, à son siége, à ses causes. Mais quant à l'inflammation étudiée en soi, elle en saurait être considérée comme pouvant offrir plusieurs *natures*, attendu que de deux états morbides de nature essentiellement différente, qu'on désignerait sous le nom d'inflammation, il y en aurait nécessairement un qui ne serait pas une inflammation. Évidemment, une chose, quelle qu'elle soit, ne peut changer de *nature* sans cesser d'être elle-même.

CHAPITRE VI.

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP. — DES RÉSULTATS DE CETTE FORMULE.

Proposer un *médicament spécifique*, tel que le colchique ou tout autre, contre le rhumatisme articulaire aigu, ce n'est pas faire preuve d'idées justes sur la nature de cette maladie. Autant vaudrait proposer un médicament *spécifique* pour la pneumonie, un autre pour la pleurésie, un autre pour la péricardite, etc.

Le véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu, *son quinquina*, si l'on peut ainsi parler, c'est la médication dite antiphlogistique, et le prince des antiphlogistiques, c'est la saignée. Au reste, depuis Sydenham, cette méthode a été presque généralement adoptée (2).

Mais il ne suffit pas de savoir qu'il est utile de saigner dans une maladie : il faut déterminer, dans un cas donné, quelle quantité de sang il convient d'enlever; en combien de fois il est le plus avantageux de le faire; quel intervalle on doit mettre entre les saignées, quand celles-ci doivent être répétées; si les émissions sanguines générales sont préférables aux locales, et réciproquement, ou s'il ne vaut pas mieux les combiner, et dans quelle proportion. Voilà ce que j'appellerai, si l'on veut, *doser, formuler les émissions sanguines*.

C'est par les modifications que nous avons fait subir aux méthodes précédemment employées, que nous sommes parvenu à obtenir

(1) Et pourtant Stoll distingue plus loin la dyssenterie *inflammatoire* de la *rhumatismale*. Or, qu'entend-il ici par dyssenterie inflammatoire? *Le rhumatisme des intestins compliqué avec une fièvre inflammatoire*. Stoll ajoute qu'*il ne peut concevoir une dyssenterie sans rhumatisme des intestins*.

(2) Je ne prétends pas qu'on ne puisse guérir le rhumatisme articulaire aigu autrement que par les émissions sanguines; ce serait prétendre que la *nature* seule ne guérit pas quelquefois cette maladie comme d'autres. Ce que j'affirme, c'est que, dans des cas légers, nous avons essayé quelques moyens autres que les émissions sanguines sans succès, et les émissions sanguines elles-mêmes ne sont pleinement efficaces qu'autant qu'elles sont faites comme il sera dit plus loin.

des résultats bien différens de ceux jusqu'ici connus, soit dans le traitement des phlegmasies aiguës en général, soit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu en particulier, cette maladie *si rebelle*, dit-on, *aux émissions sanguines*.

Avant de faire connaître la formule que nous proposons pour cette dernière phlegmasie, nous croyons devoir indiquer celle de Sydenham et celle que M. le docteur Roche a conseillée dans son article *Arthrite* rhumatismale, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. La formule vulgairement usitée par la plupart des praticiens modernes ne diffère de celle de M. Roche qu'en ce que les émissions sanguines y sont, en général, plus modérées.

§ Ier.

Voici la formule de Sydenham :

.... « Ut primùm accersor, statim sanguinis ℥X è brachio LATERIS AFFECTI (1) mitti jubeo....

» Die sequenti, sanguinis tantumdem detrahi » præcipio; atque intercalato die uno alte- » rove, pro ægri viribus, tertiò; dein, inter- » jecto trium quatuorve dierum intervallo » (prout ægri vires, ætas, constitutio, aliæ- » que circumstantiæ suadent monentque), » quartò, atque ultimo ut plurimum, venæ- » sectionem repeto; rarò enim usu venit, ut » ultrà quartam vicem venam incidamus, nisi » vel regimen justò calidius præcesserit, vel » medicamina calidiora ægro præter necessi- » tatem fuerint ingesta. »

Ces moyens étaient secondés par l'usage des juleps simples ou d'une émulsion, des cataplasmes, des boissons rafraîchissantes, des lavemens et de la diète. — Sydenham proscrivait les anodins ou *parégoriques*, et huit jours après la dernière saignée il ordonnait une potion cathartique *douce*.

Sydenham ne dit pas positivement quelle était la durée de la maladie sous l'influence de sa méthode; mais il est facile de voir qu'elle était assez longue, puisqu'il ne prescrivait guère la potion cathartique que vers le douzième ou quinzième jour après le commencement du traitement, et que rien ne prouve que la convalescence fût complète aussitôt après l'administration de celle-ci. Il fait remarquer qu'après les saignées, les douleurs seront considérablement diminuées, sans toutefois être complètement dissipées (2).

Au reste, on peut juger de la valeur de la méthode de Sydenham, et de l'influence qu'elle exerce sur la durée du rhumatisme articulaire aigu, par les résultats que la plupart des médecins de nos jours obtiennent de l'emploi de la méthode ordinaire des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie. Or, nous voyons que les plus distingués d'entre eux professent que si la maladie ne se joue pas entièrement de la méthode dont il s'agit, il est du moins certain que celle-ci n'en abrège pas notablement la durée, qui, terme moyen, est, disent-ils, de quarante à cinquante jours. Cette assertion repose sur la plus imposante masse de faits, et ce n'est pas moi qui m'en constituerai l'adversaire.

S'il fallait prendre à la lettre une assertion du célèbre successeur de Dehaën, Sydenham aurait abandonné sa méthode des émissions sanguines répétées dans le traitement du rhumatisme. Remontons à la source, et voyons si l'Hippocrate anglais s'est rendu coupable de cette sorte d'apostasie thérapeutique. Ce n'est pas dans un travail didactique sur le rhumatisme, mais dans une simple lettre à Robert Brady, son ami, qu'il faut aller chercher la prétendue palinodie de Sydenham. Il écrit donc que, désolé de ce qu'on était obligé de retirer une si grande masse de sang pour guérir le rhumatisme, il résolut *d'expérimenter* si l'on ne pourrait pas combattre cette maladie par une autre méthode, et il ajoute que, en effet, il a trouvé dans une *diète* simple, très rafraîchissante, et médiocrement nutritive, tel que l'usage du petit lait, le précieux secret de guérir le rhumatisme sans user des émissions sanguines répétées (3). Mais à l'appui de cette nouvelle méthode, il ne rapporte que le seul cas d'un pharmacien (*vir probus*, dit-il, *et ingenio non vulgari*), chez lequel elle

(1) La précaution que prend ici Sydenham de faire saigner du bras du côté malade repose sur des idées un peu usées, et, si j'ose le dire, bien rouillées. D'ailleurs, à moins de faire saigner des deux bras à la fois, il serait difficile d'obéir au précepte de Sydenham, puisqu'un violent rhumatisme articulaire occupe presque toujours les deux côtés du corps à la fois, quoique souvent à un degré inégal.

(2) Voici le résultat de la pratique de Sydenham, dans les cas où Stoll la suivit : « Je suivais quelquefois, dit Stoll, la pratique de Sydenham, mais la longueur du mal éluda souvent ce traitement actif, et souvent les forces se trouvaient plutôt abattues que la maladie. Des malades restaient plusieurs semaines sans pouvoir se remuer...

» Quelquefois, à l'exemple d'autres médecins, je donnais en grand lavage des diaphorétiques variés, et je tâchais ensuite, par un régime chaud, de chasser la matière morbifique par les vaisseaux situés à la superficie du corps; *mais le plus souvent la maladie résistait à tous mes efforts*. »

(3) « In *rheumatismi* vero curatione sæpe numero mihi subiit tecum dolere, quòd nonnisi ingenti sanguinis vi repetitis venæsectionibus eductâ, ea possit perfici..... His de causis experiri statui, an nulla alia methodus daretur à reiteratâ toties phlebotomiâ diversa, quâ hic morbus possit debellari. Seriò itaque perpendens, quod affectus iste ab inflammatione videatur oriri, quod tum cætera arguunt phænomena, tum præsertim sanguinis è pertusâ venâ color, utpotè qui pleuriticorum sanguinis per omnia similis est; tandem vero simile esse judicabam morbum hunc diætâ simplici, admodùm refrigerante, et mediocriter nutriente, ægro imperatâ, æquè feliciter atque repetitis venæ-sectionibus profligari posse; etiam evitatis quæ alteri methodo adjungebantur incommodis: neque me fefellit *diæta à sero lactis* phlebotomiæ loco substituta. »

fut employée avec quelque succès. Or, il faut savoir que le rhumatisme de ce pharmacien n'était rien moins qu'un rhumatisme articulaire aigu, et que, comme beaucoup d'autres *gens fort honnêtes et d'un esprit peu commun*, notre pharmacien était très sec, débile, et n'avait pas beaucoup de sang dans les veines : *cum debiliori esset et sicco corporis habitu, veritus ne minus firmas jamdiù vires et labescentes, dempto copiosiùs sanguini prorsus exsolverem, imperavi, ut solo* LACTIS SERO *ad dies quatuor vesceretur œges*, etc.

Il n'est, je crois, personne qui n'approuve la conduite de Sydenham en pareil cas ; mais conclure de ce fait que l'on peut guérir le rhumatisme articulaire bien aigu, sans faire autre chose qu'abreuver largement le patient de petit lait, ce serait tomber dans une insigne erreur. Toutefois, je pense, avec l'illustre médecin de Londres, que cette méthode vaudrait mieux encore que le *prompt et solennel étalage de médicamens dont on entoure*, dit-il, *les mourans, comme on couronne des bêtes avant de les immoler:* QUOD SANÈ MAGIS ÆGRIS PRODESSET, QUAM SOLENNIOR ILLA REMEDIORUM POMPA QUÆ IN JAM MORIBUNDIS, TANQUAM BESTIIS, UT MOX IMMOLENTUR, CORONATIS, MALÈ COLLOCATUR (1).

Après avoir ajouté que, n'était le préjugé du vulgaire, cette méthode pourrait être appliquée à d'autres maladies, dont il ne veut pas pour le moment dire le nom, et cité un exemple du succès qu'un médecin habile peut retirer des moyens les plus vils en apparence, Sydenham revient à son rhumatisme, et en même temps à son traitement par les émissions sanguines, en professant qu'il ne serait pas sage de s'en tenir à la *diète lactée*, chez les personnes qui ont passé l'âge viril, ou chez celles qui sont adonnées depuis long-temps au vin et aux autres liqueurs spiritueuses. Il propose seulement un amendement à son ancienne formule; il vaut mieux, dit-il, après la seconde ou la troisième saignée *au plus*, employer plus souvent et répéter les cathartiques jusqu'à ce que tous les symptômes aient pleinement cessé, que de confier à la phlébotomie tout le soin du traitement (2).

Certes, tout le monde conviendra, avec Sydenham, que c'est une chose fâcheuse que d'être obligé de retirer une grande quantité de sang pour guérir le rhumatisme. Mais c'est un sacrifice que commande la prudence, et nous osons affirmer que ceux-là seront réduits à donner long-temps du *petit-lait*, du *tamarin*, du *séné*, de la *rhubarbe* et de la *manne*, qui voudront s'en tenir à deux ou trois saignées, de dix onces au plus, dans le traitement d'un violent rhumatisme articulaire aigu, chez un jeune homme ou un adulte de force moyenne.

Parmi ceux qui seront ainsi traités, il s'en trouvera qu'une inflammation *rhumatismale* du péricarde, de l'endocarde, de la plèvre, etc., emportera, et d'autres qui, dirai-je plus heureux ou plus malheureux, succomberont plus tard à une *maladie organique du cœur*. En présence de tels dangers, dont l'expérience journalière ne constate que trop souvent la réalité, est-ce donc un si grand sacrifice que de payer de quelques livres de sang la presque certitude d'une guérison prompte, solide, complète ? Sans doute, si, avec le temps, l'expérience, mère de toutes les découvertes, nous apprend une méthode aussi sûre et moins prodigue de sang, on devra s'empresser de l'adopter et la saluer comme un grand bienfait. Mais, ou je me trompe fort, ou le temps est encore bien éloigné de nous où l'on saura guérir *sûrement, solidement, complètement* (je ferai même grâce de l'adverbe *promptement*), ce terrible rhumatisme articulaire aigu, qui marche presque toujours accompagné d'une péricardite ou d'une endocardite, sans préjudice des autres complications.

§ II.

Formule de M. le docteur Roche.

Notre savant ami M. le docteur Roche s'est justement constitué le défenseur de la saignée générale dans le traitement de l'*arthrite rhumatismale*. « Si quelques praticiens en ont contesté » les avantages, c'est, dit-il, qu'ils ne l'ont em- » ployée ni avec assez de constance ni avec as- » sez d'énergie. »

Voici la formule que propose cet habile médecin : « Il ne faut pas hésiter à pratiquer une » copieuse saignée dès le début du rhumatisme » articulaire aigu, ni craindre d'y revenir trois, » quatre et cinq fois de suite *s'il est nécessaire,* » *soit en mettant deux jours d'intervalle entre cha-* » *que saignée, comme le faisait Sydenham, soit en* » *la pratiquant toutes les vingt-quatre heures, ce* » *qui nous paraît préférable.* J'ai pratiqué, avec » le plus grand succès, chez un individu très » robuste, jusqu'à huit saignées de seize à » vingt onces dans l'espace d'une quinzaine de » jours. »

Il n'est point question des émissions sanguines locales dans la formule de M. le docteur Roche, non plus que dans celle de Sydenham. Assuré-

(1) On ne saurait trop applaudir non plus à cette autre réflexion de Sydenham, à propos de sa méthode: *Si quis hunc methodum tanquam rudiorem et artis laude carentem contempserit, sciat is velim, primò leviora tantùm ingenia res quaslibet vilipendere, quòd simplices fuerunt et apertæ, dein me, imminutæ existimationis pretio, publico hominum bono inservire paratissimum.*

(2) Plus loin (Op. medic., tom. I, pag, 499), Sydenham formule de nouveau le traitement du rhumatisme, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il établit que la saignée *doit être réitérée une quatrième fois, et même plus, s'il en est besoin* : QUATER VEL PLURIÈS, SI OPUS FUERIT. Quant au simple régime réfrigérant et au petit-lait, il n'en parle que comme d'une méthode applicable à certains cas particuliers.

ment, si l'on était obligé d'opter entre l'emploi *exclusif* des émissions sanguines générales et celui des locales, il ne faudrait point balancer un instant à se décider en faveur du premier. Mais comme rien n'oblige à faire un pareil choix, il est bon, du moins dans la grande majorité des cas, de combiner dans de justes proportions ces deux modes d'émissions sanguines, ainsi que nous le faisons dans la formule qu'il nous reste maintenant à exposer.

§ III.

Formule des émissions sanguines générales et locales coup sur coup. — Ses résultats.

I. Souvent témoin de l'interminable durée du rhumatisme articulaire aigu, je résolus de l'attaquer en formulant autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la méthode des émissions sanguines. Bien convaincu que le rhumatisme articulaire aigu marchait réellement en tête des maladies inflammatoires les plus *franches et les plus légitimes,* je lui appliquai donc la formule des émissions sanguines copieuses pratiquées coup sur coup, telle que je l'emploie dans la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, les graves érysipèles, en un mot, dans toutes ces inflammations fébriles qui compromettent plus ou moins prochainement la vie des malades. J'eus recours à cette méthode, avant même d'avoir bien reconnu que la péricardite et l'endocardite fussent les compagnes ordinaires du rhumatisme articulaire aigu.

Les succès qu'on retire de cette nouvelle formule des émissions sanguines sont tels, qu'on n'y peut réellement ajouter foi qu'après les avoir vus. Je ne suis donc point surpris du *doute philosophique* de quelques personnes. Mais ce qui me paraît singulier, et fort peu *philosophique,* c'est de voir nier formellement des résultats dont on n'a pas voulu s'assurer par sa propre expérience ou par celle des autres.

Ce que je ne crains pas d'affirmer, c'est que tous ceux (et ils sont nombreux) qui ont été témoins de l'emploi de cette formule, n'ont pu s'empêcher d'être frappés de son immense supériorité sur celles jusqu'ici usitées. Nous avons eu cependant pour témoins des hommes profondément prévenus contre elle, et peut-être aussi encore plus prévenus contre nous : ils ont fini par lui rendre justice.

Par l'emploi de la nouvelle formule, la durée du rhumatisme est, terme moyen, d'un à deux septenaires seulement, au lieu de six à huit.

Quant à la mortalité, jusqu'ici elle a été nulle, même dans les cas où le rhumatisme des articulations était accompagné de celui du cœur, et nos observations prouvent, ainsi qu'il a été déjà dit, que ces cas-là sont la règle, tandis que les cas contraires se rangent dans l'exception. Et qu'on ne croie pas qu'il en soit ainsi dans tous les services. Pour s'en convaincre, qu'on parcoure les hôpitaux, qu'on lise les journaux de médecine : de cette manière on aura bientôt connaissance de cas dans lesquels des rhumatismes articulaires, compliqués de péricardite, d'endocardite ou de pleurésie, ont été mortels. J'ai rapporté un certain nombre de faits de ce genre, dans le *Traité clinique des maladies du cœur.*

Un autre avantage de la formule nouvelle, c'est de prévenir le passage de la maladie à l'état chronique, terminaison grave, même lorsqu'elle n'a lieu que pour les articulations, mais souvent mortelle, au bout d'un temps plus ou moins long, quand elle a lieu également pour le cœur. (Et nos observations ne prouvent que trop combien cette dernière circonstance est commune, puisque la moitié, peut-être, des lésions dites *organiques du cœur* se rattachent à une ancienne affection rhumatismale, ou sont, qu'on me passe l'expression, de *race rhumatismale.*)

La *formule* des émissions sanguines qu'il convient d'appliquer au rhumatisme articulaire aigu général, avec fièvre considérable, est donc essentiellement la même que celle par nous exposée à l'article *Pneumonie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* et à l'article *Péricardite* du *Traité clinique des maladies du cœur.*

II. Le jour de l'entrée du malade (nous le supposons bien constitué et dans la force de l'âge), à la visite du soir, une saignée de 4 palettes est pratiquée (1).

Deuxième jour. — Une double saignée du bras de 3 palettes et demie à 4 palettes, est pratiquée; et, dans l'intervalle de ces deux saignées, on a recours à une saignée locale, soit par les sangsues, soit par les ventouses scarifiées (procédé que j'emploie de préférence depuis deux ans). Par cette saignée locale, on retire encore 3, 4 et même 5 palettes de sang. Les ventouses sont appliquées autour des articulations les plus malades, et sur la région précordiale, quand le cœur est sérieusement pris lui-même, c'est-à-dire dans la très-grande majorité des cas.

Troisième jour. — Une saignée du bras pareille à celle de la veille, et une seconde application de ventouses (3 à 4 palettes), soit sur la région précordiale, soit autour des articulations.

Quatrième jour. — La fièvre, les douleurs, le gonflement, en un mot tout l'appareil inflammatoire a quelquefois cessé dès le quatrième jour. Dans ce cas, on s'abstient de nouvelles émissions sanguines ; dans le cas contraire, une nouvelle saignée du bras de 3 à 4 palettes est pratiquée.

(1) Chez les sujets très sanguins, la première saignée est quelquefois portée à 5 et même 6 palettes (*voy.* le 3e cas de notre 1re catégorie); mais, en général, on s'en tient à la dose de quatre palettes.

Cinquième jour. — En général, la résolution de la maladie est en pleine activité ce jour-là.

Dans les très-graves cependant, la fièvre dite rhumatismale peut être encore assez prononcée, et une saignée du bras de 3 palettes, ou bien une émission sanguine locale de la même dose, est encore pratiquée.

Dès le sixième, septième ou huitième jour, la convalescence se déclare franchement et l'on peut commencer à nourrir les malades.

S'il survient des récidives sérieuses (la formule *nouvelle* n'en préserve pas, mais elle y expose moins, peut-être, que l'*ancienne*), on peut être forcé de recourir encore à la saignée. C'est ainsi que, dans un cas où quatre saignées avaient *jugulé* un grave rhumatisme articulaire aigu, il survint une violente récidive, dont nous ne pûmes nous rendre maître que par cinq nouvelles saignées.

Si les récidives sont légères, on peut s'en tenir aux émolliens, à la diète, aux bains, aux opiacés, etc., et laisser la maladie se prolonger quelques jours de plus.

Pour éviter les récidives, la plus importante précaution à prendre de la part des malades, c'est d'éviter, avec le dernier soin, le plus léger refroidissement.

Les moyens *adjuvans* des émisions sanguines coup sur coup sont : la diète, les boissons émollientes, les vésicatoires, la compression exercée autour des articulations malades, l'application de compresses enduites de cérat mercuriel sur ces parties, auxquelles on donnera la position et l'attitude les plus favorables à la résolution ; les cataplasmes émolliens ; les bains, l'opium à dose ordinaire, soit intérieurement, soit endermiquement (1).

La quantité moyenne de sang que nous retirons, chez les sujets bien constitués, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu intense, est de 4 à 5 livres, comme dans la pneumonie de moyenne étendue et de moyenne intensité.

Dans certains cas de rhumatisme articulaire très-intense, on peut être obligé de retirer jusqu'à 6, 7 et même 8 livres de sang.

Dans les cas légers, au contraire, la dose du sang enlevé ne dépasse pas 2 ou 3 livres. (Il est bien entendu que, dans les rhumatismes que nous appelons ici légers, la fièvre existe cependant : car, dans les rhumatismes apyrétiques, il suffit souvent d'une seule saignée, et quelquefois même on peut s'en abstenir.)

Même dans les cas extrêmes, nous n'avons jamais dû retirer douze livres de sang, ainsi que d'autres assurent l'avoir fait, sans néanmoins arrêter disent-ils, le cours de la maladie. Il faut vraiment jouer de malheur, qu'on me fasse grâce de cette expression, pour qu'un rhumatisme ainsi traité *ait semblé* se terminer seulement le vingt-cinquième jour, et soit ensuite revenu au bout de quelques jours (2). En effet, avec

(1) Quelques médecins emploient maintenant l'opium à haute dose. Si ces médecins réussissent mieux que par la méthode que nous suivons, nous leur en ferons très volontiers le sacrifice.

(2) Ce malheur est arrivé à M. Chomel, ainsi que je le lui ai entendu dire, et le fait a d'ailleurs été publié dans un journal, auquel nous emprunterons le passage suivant :

« L'emploi des émissions sanguines a souvent été suivi de soulagement : mais quoiqu'on les ait employées largement, on n'a jamais pu *juguler* la maladie (le rhumatisme). Je rappellerai entre autres l'observation d'un malade à qui on tira DOUZE livres de sang : la maladie *sembla* se terminer le vingt cinquième jour, mais elle revint au bout de quelques jours et se prolongea pendant une quinzaine. » (*Lancette franç., résumé de la Clinique de M. Chomel :* 1 octobre 1835.)

Nous n'avons rien à répondre à cela, sinon qu'en mettant en usage la formule que nous venons de faire connaître, on obtiendra les mêmes résultats que nous. Encore une fois, il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets produits par la soustraction de 4 à 5 livres de sang, dans l'espace de 3 à 4 jours, et ceux produits par la soustraction de la même quantité de sang dans l'espace de huit, dix, quinze jours et même plus.

Certainement, si M. le docteur Roche, dont le profond savoir et la bonne foi sont connus de tout le monde, voulait bien mettre à l'épreuve la formule que nous proposons, il ne tarderait pas à reconnaître que fixer à 40 jours la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu, c'est faire plus qu'en doubler le chiffre. Je dirai plus : c'est que si M. Roche avait calculé la durée de cette maladie sur les cas dans lesquels il a employé sa propre formule, la meilleure de toutes celles proposées jusque là, il n'aurait pas exprimé la durée du rhumatisme par un chiffre aussi élevé. Toutefois, une vérité d'expérience aussi claire que le jour, c'est que les 5, 6 ou 7 saignées, faites en 5, 6 ou 7 jours, c'est-à-dire, une chaque jour seulement, n'abrègent point la durée du rhumatisme, autant que le font des saignées en même nombre, pratiquées coup sur coup, ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

Je ne sais vraiment pourquoi tant de personnes sont journellement à nous répéter qu'*elles saignent aussi comme nous, et que néanmoins elles n'obtiennent pas les résultats que nous annonçons*. Non, et cent fois non, on ne saigne pas suivant notre formule, quoi qu'on en dise. En voici la preuve :

J'avais entendu soutenir à deux praticiens célèbres, qu'ils avaient saigné chacun un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, par la formule des saignées coup sur coup, et que cependant ils n'avaient point obtenu les succès par nous indiqués. Or, on verra par le récit des cas dont il s'agit, qui m'a été communiqué par des personnes dont le témoignage inspire une pleine confiance, qu'on s'est étrangement trompé, si l'on a cru avoir saigné à notre manière, et que partant il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas obtenu les mêmes effets que nous.

—

PREMIÈRE OBSERVATION. (*Communiquée par M. Michel.*)

François Hachette, âgé de 25 ans, menuisier, d'une constitution très robuste, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, le 19 juillet, dans la soirée, après un travail pénible dans un endroit bas, humide et exposé à des courans d'air, de frissons suivis de chaleur, puis de douleurs dans le coude et le poignet gauches, dans les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Hachette fut obligé de se coucher ; et après quatre jours de lit, pendant lesquels il ne fit que boire de l'eau et du vin, il se décida à entrer à l'hôpital de la faculté.

Examen du malade le 23 juillet, jour de l'entrée

12 livres de sang retirées par la formule indiquée il y a largement de quoi guérir en dix à quinze jours, et sans retour, deux rhumatismes articulaires aigus. On trouvera, sans doute, quelques

décubitus en supination ; face rouge ; peau chaude, couverte d'une sueur abondante ; le coude et le poignet gauches, les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, sont tuméfiés, rouges, douloureux ; le malade ne peut remuer aucune de ces parties.

Prescription : *Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.*

24 juillet. — Le malade offre les même symptômes ; la saignée l'a peu soulagé ; la peau est chaude, la fièvre forte.

Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.

25. — Le malade remue un peu les genoux et les pieds, qui sont moins douloureux ; le coude et le poignet gauches sont encore tuméfiés, rouges ; le pouls conserve sa fréquence.

Une saignée de 4 palettes, boissons émollientes, diète.

26. — La fièvre est moins forte, les articulations moins tuméfiées ; cependant le malade ne peut encore sortir de son lit.

Boissons émollientes, potages.

Pendant la journée du 27, le malade sort de son lit et se promène dans les salles.

28. — Le pied gauche est enflé, douloureux ; le pouls a repris sa fréquence.

12 *sangsues au pied gauche, cataplasmes, boissons émollientes, diète.*

29. — Le pied gauche est moins tuméfié, moins rouge : mais le pied droit commence à devenir douloureux ; la fièvre est toujours forte.

15 *sangsues au pied droit, boissons émollientes, cataplasmes.*

30. — Le malade remue un peu les pieds ; le pouls a perdu de sa fréquence.

Boissons émollientes, cataplasmes, potages.

31. — Les pieds sont à peu près dégagés ; les autres articulations entreprises sont encore un peu tuméfiées, mais peu douloureuses.

Bain.

Par un temps froid, le malade traverse la cour de l'hôpital pour se rendre à son bain.

1er août. — Les deux pieds sont de nouveau affectés de rhumatisme ; la fièvre est forte.

12 *sangsues à chaque articulation tibio-tarsienne, cataplasmes.*

2. — Le soulagement n'est pas appréciable ; les pieds sont dans le même état d'inflammation ; les genoux commencent à devenir douloureux ; le médecin renonce à l'emploi des émissions sanguines.

Depuis le 2 août, le malade n'a pas quitté son lit : il a constamment souffert des genoux et des articulations tibio-tarsiennes.

Aujourd'hui, 1er septembre, les genoux sont peu douloureux ; mais le coude et le poignet droits sont rouges, tuméfiés ; la fièvre existe toujours.

Le traitement consiste en des *boissons émollientes, des cataplasmes laudanisés et quelques gouttes d'oxymel scillitique.*

Je le demande, en conscience, est-ce la formule de saignée coup sur coup (4 dans l'espace de 24 heures, y compris la saignée locale), qui a été employée chez le précédent malade ? Et cette observation dont on a argué pour attaquer les résultats de notre formule, n'est-elle pas, au contraire, une nouvelle preuve de son incontestable supériorité sur les autres formules, puisque en effet les émissions sanguines, bien que n'ayant point été ménagées ici, mais ayant été pratiquées à de trop longs intervalles les unes des autres, n'ont pas été suivies d'une prompte guérison, et n'ont pas même enrayé notablement le cours de la maladie ? Encore une dernière fois, nous savons très bien que les saignées ainsi pratiquées ne *jugulent* pas les maladies, ne les guérissent pas même très souvent, et c'est précisément parce que nous savons parfaitement cela, que nous avons proposé une autre formule.

Mais voyons la seconde observation.

SECONDE OBSERVATION.

Le sujet de cette seconde observation est une domestique de 22 ans, à laquelle on disait avoir vainement retiré 10 à 12 livres de sang par la méthode des saignées coup sur coup. Elle était depuis deux mois et demi à l'hôtel-dieu, qu'elle n'était pas encore guérie, et cependant le rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle avait été reçue ne datait que de trois jours, au moment de son admission.

Elle sortit sans être entièrement guérie; et, quinze jours plus tard, elle fut admise à l'hôpital de la Charité (service de M. Fouquier), les douleurs articulaires étant alors peu vives, mais presque générales.

C'est là que M. le docteur Jules Pelletan recueillit des détails sur la manière dont elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu. Or, il résulte de ces détails qu'au lieu d'avoir été saignée coup sur coup, comme nous le pratiquons, elle n'avait pas même été saignée tous les jours, mais bien de deux jours l'un, jusqu'au 8e jour.

De plus, 15 sangsues furent appliquées à l'épaule droite, 8 aux poignets, 28 aux malléoles (bien entendu que toutes ces sangsues furent appliquées à plusieurs reprises différentes).

Dans cette seconde observation, ce dont on doit être étonné, ce n'est pas de la longue durée de la maladie, mais bien de ce que de pareils faits soient donnés à titre d'exemples des saignées pratiquées suivant notre formule.

Et voilà justement comment on écrit l'histoire!

En définitive, pour la juste appréciation de la formule des émissions sanguines coup sur coup, nous en appelons à l'opinion publique éclairée par une saine expérience. C'est de ce tribunal suprême que relèvent toutes les questions de ce genre.

rares exceptions; mais, en bonne logique, les exceptions ne font pas loi et *ne détruisent pas la règle.*

III. Depuis le mois de septembre 1831, jusqu'au mois de septembre 1835, 84 cas de rhumatisme ont été portés dans les relevés de notre clinique que le *Journal hebdomadaire* a publiés. Tous ces cas se sont terminés par la guérison, hors un seul que j'ai cité à l'article des caractères anatomiques du rhumatisme articulaire aigu. J'ai déjà dit qu'à l'époque où ce fait fut recueilli, je n'avais point encore employé la formule des saignées coup sur coup, telle que je l'ai exposée précédemment; d'où il suit que, depuis l'époque où j'ai usé de cette formule, aucun malade n'a succombé.

Voici quelques détails sur dix cas qui furent observés pendant le second semestre de l'année scolaire 1832-1833, et que j'ai publiés alors dans le *Journal hebdomadaire* (1). A la suite de cette analyse, nous offrirons un tableau statistique de seize autres cas observés en 1834, et déjà publié dans un des *résumés* de M. le docteur J. Pelletan, chef de clinique.

Chez la plupart des dix malades de 1832-1833, la fièvre fut des plus intenses.

Ces rhumatismes se développèrent sous les mêmes conditions atmosphériques, *sous la même constitution médicale*, que les pleuro-pneumonies reçues en très grand nombre à la même époque. Il y a plus: c'est que quelques uns de nos rhumatisans étaient en même temps atteints de pleuro-pneumonie ou de péricardite (2).

Deux cas furent très légers, et ne réclamèrent pas les larges émissions sanguines.

Sur nos 10 malades, il y eut 7 hommes et 3 femmes.

1° HOMMES (*Salle Saint-Jean-de-Dieu.*)

1er malade (19 ans), couché au n° 26. — 3 saignées de 4 palettes chacune; 24 sangsues. — Guéri le seizième jour après l'entrée.

2e malade (59 ans), couché au n° 13, moins fortement pris que le précédent. — 2 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le dixième jour.

3e malade (22 ans), couché au n° 1. (Rhumatisme d'une assez grande intensité.) — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 90 sangsues. — Guéri le quinzième jour.

4e malade (22 ans), couché au n° 11. — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 16 sangsues. — Guéri le seizième jour.

5e malade (45 ans), couché au n° 9. — 3 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le vingtième jour.

6e malade (25 ans) couché au n° 12. (Rhumatisme très intense, occupant presque toutes les articulations.) — 7 saignées de 3 à 4 palettes; 58 sangsues. — Guéri le vingt-cinquième jour.

7e malade (30 ans). (Rhumatisme des plus intenses qu'on puisse rencontrer, occupant presque toutes les articulations, avec fièvre très violente.) — 4 saignées de 3 à 4 palettes; 44 sangsues. — Guéri le quatorzième jour.

— Rechute grave, à la suite d'un refroidissement. — 5 nouvelles saignées de 3 palettes. — Guéri de nouveau, seize jours après la rechute.

2° FEMMES. (*Salle Sainte-Madeleine.*)

8e malade (19 ans), d'une constitution délicate, couchée au n° 9. (Rhumatisme intense, et l'un de ceux qui furent compliqués d'endocardite rhumatismale.) — 4 saignées de 2 à 3 palettes; 6 sangsues. — Guérie le seizième jour (3).

9e malade (23 ans), couchée au n° 7 (Rhumatisme peu intense. — 20 sangsues. — Guérie du huitième au dixième jour.)

10e malade (43 ans), chlorotique, atteinte d'un catarrhe utéro-vaginal. — 1 saignée de 2 à 3 palettes; 15 sangsues. — Guérie le seizième jour.

Nota. Voici les moyens adjuvans: Boissons adoucissantes, diaphorétiques, bains; préparations opiacées, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; quelques légers minoratifs; compression sur les articulations, où il persistait de l'empâtement sans douleur; diète absolue, jusqu'à cessation de la fièvre.

(1) N° du 23 janvier 1834.

(2) C'est vers cette époque que je commençai à entrevoir la loi de coïncidence entre le rhumatisme des articulations et le rhumatisme du cœur, entre l'arthrite *rhumatismale* et la péricardite et l'endocardite *rhumatismales*.

(3) A la sortie de la malade, il existait encore un bruit de soufflet assez fort, qui masquait le claquement valvulaire du cœur. Le rhumatisme *extérieur* était entièrement dissipé.

TABLEAU STATISTIQUE *de* 16 *cas de Rhumatisme articulaire aigu, traité par la formule des saignées générales et locales coup sur coup, pendant les cinq mois de l'année* 1834 (1). SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU (hommes).

Numéros.	DATE DE LA MALADIE à l'entrée.	SAIGNÉES DU BRAS.	Sangsues.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	DURÉE du Traitem^t.	Époque de la guérison après l'entrée (2).	
2	8e jour.	1 (4 pal.)	32	»	9 jours.	17 jours.	NOTA.—La *moyenne* de la dose des émissions sanguines générales et locales, dans les cas ci-dessus, a été d'environ de 4 à 5 livres. La *moyenne* de la durée jusqu'à complète guérison a été de 19 jours.
id.	5^e	4 (15 p.)	12	»	9	14	
7	15e (rh. born. au gén.)	»	30	3 (10 pal. 1/2.)	17	32 (3)	
10	15^e	4 (17 p.)	»	»	10	25	
11	8^e	3 (11 p.)	»	»	6	14	
12	3^e	6 (20 p.)	20	1 (3 pal. 1/2.)	23	26	
13	15^e	3 (12 p.)	»	»	7	22	
14	8^e	2 (9 p.)	94	2 (6 pal.)	14	22	
16	15^e	4 (16 p.)	»	«	6	21	
id.	7^e	2 (7 p.)	40	»	8	15	
26	6^e	1 (4 p.)	»	»	7	13	
		SALLE SAINTE-MADELAINE (femmes.)					
3	5^e	2 (7 p.)	»	2 (6 pal.)	12	17	
4	7^e	4 (12 p.)	11	»	12	19	
7	3^e	1 (3 p. 1/2.)	24	»	11	14	
9	3^e	7 (24 p.)	»	»	16	19	
12	5^e	5 (11 pal.)	157	»	15	20	

§ IV.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Je terminerai ce chapitre par la relation de deux observations détaillées d'un rhumatisme articulaire très aigu, rapidement guéri par les saignées coup sur coup, bien que dans un des deux cas au moins le cœur fût sérieusement pris. Mais qu'il me soit permis de les faire précéder de l'analyse de huit observations analogues déjà publiées dans le *Traité clinique des maladies du cœur.*

Le sujet de la 27e observation de ce *Traité* était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à la clinique, le 10 mai. Traité par les émissions sanguines coup sur coup, il était complètement guéri, quinze jours après l'entrée, et mangeait le quart.

Le sujet de la 33e observation était malade depuis trois à quatre jours, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 8 octobre. Traité comme le précédent, il entrait en convalescence, le cinquième jour après l'entrée. Il voulait sortir vers le dixième jour; mais comme le cœur nous paraissait encore entrepris, nous le fîmes rester jusqu'à la fin du mois.

Dès le septième jour du traitement, le pouls était tombé de 96 à 56.

Le sujet de la 34e observation ayant déjà éprouvé six atteintes de rhumatisme articulaire, en subissait une septième depuis cinq à six jours, lorsqu'il fut reçu à la clinique, le 6 décembre. Il était bien guéri à la fin du mois, après avoir été saigné plusieurs fois coup sur coup.—Le 3 janvier, il survient une pleurésie qui cède rapidement à de nouvelles émissions sanguines, et il sort le 18 du même mois. La matité précordiale, qui, à l'entrée, occupait une surface de 16 pouces carrés, était réduite à une surface d'un pouce carré.

Chez les sujets des observations 84e et 85e, les mêmes moyens furent suivis des mêmes résultats.

Il est curieux et instructif de rapprocher de ces cas ceux dans lesquels la maladie fut traitée par les émissions sanguines à la

(1) Chez un seul malade, une saignée du bras de 4 palettes suffit à la guérison.

Les moyens adjuvans furent les suivans : chez neuf des malades, quelques opiacés; chez deux, un vésicatoire, plus, un purgatif chez l'un d'eux; chez deux, des bains; chez trois, des frictions mercurielles, avec ou sans compression des articulations.

(2) Nous ne portons ici comme guéris que les malades qui n'ont plus de fièvre, qui se lèvent, marchent et mangent le quart, la demie et les trois quarts.

(3) On remarquera que chez ce malade, le rhumatisme fut borné au genou, et qu'il fut le plus long, le plus rebelle de tous. Ce n'est pas, au reste, le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré. Lorsque la maladie se concentre ainsi sur quelques articulations, elle a généralement plus d'intensité, plus de profondeur que dans les cas où elle est éparpillée sur un très grand nombre d'articulations. On remarquera également que chez ce malade le rhumatisme datait de quinze jours au moment de l'entrée, et que cependant il s'est terminé moins rapidement que ceux des malades arrivés quelques jours seulement après le début de leur maladie. Cette observation s'adresse à ceux qui ont répondu à nos relevés, en disant que dans le cas où le rhumatisme était guéri aussi promptement que nous l'annoncions, c'est qu'il existait déjà depuis long-temps au moment de l'entrée. Cette objection nous a paru bien bizarre; car, règle générale, on guérit d'autant plus rapidement le rhumatisme articulaire aigu, qu'il est de date plus récente, au moment de l'entrée des malades.

manière ordinaire, ou par des moyens autres que la saignée. On n'insiste pas assez aujourd'hui sur cette *thérapeutique comparée.*

Le sujet de l'observation 30e du *Traité clinique des maladies du cœur,* qui me fut communiqué par un jeune observateur d'un rare mérite, M. Fournet, actuellement interne à l'Hôtel-Dieu, était malade depuis trois jours, lorsqu'il fut reçu dans le service de notre honorable et savant confrère, M. le docteur Dalmas, le 27 juin. Depuis le 28 de ce mois jusqu'au 18 juillet, il fut saigné cinq fois du bras (1), et il eut 75 sangsues en quatre fois. Cependant, le 20 juillet, la péricardite existait encore à un haut degré, et le pouls était à 102. — Le malade ne sortit que le 12 août, n'étant pas encore entièrement revenu à son état normal.

Son séjour fut donc de six semaines.

Le sujet de la 31e observation fut aussi traité par moi d'après l'ancienne méthode, assez largement appliquée; cependant la convalescence ne commença qu'au bout de vingt jours, et, à la sortie du malade, d'ailleurs très bien sous tous les autres rapports, le bruit de soufflet du cœur n'avait pas encore entièrement disparu.

Le sujet de la 32e observation est un enfant de douze ans, qui fut reçu dans le service de M. Baudelocque, le 11 octobre; il n'était malade que depuis deux jours. Traité par un purgatif et l'émétique à haute dose (2), il ne fut en état de sortir de l'hôpital que vers le 25e jour. A cette époque, *il existait encore un bruit de soufflet dans la région précordiale; la respiration devenait parfois gênée, et le plus léger écart de régime ramenait la diarrhée.*

Chez le sujet du premier cas rapporté dans le chapitre premier de *ces nouvelles recherches,* le tartre stibié et les saignées, pratiquées à de trop longs intervalles, n'ont pu arrêter la maladie.

De la comparaison de ces faits avec les précédens et avec les deux observations ci-dessous, auxquelles je pourrais en ajouter d'autres que je recueille journellement, il faut nécessairement conclure que les émissions sanguines coup sur coup ne peuvent, quant à présent du moins, être avantageusement remplacées par aucune autre méthode, entre autres par celle dite *expectante* (3).

OBSERVATION Ire.

Rhumatisme articulaire aigu occupant les pieds, les genoux, les mains, les coudes, etc. Cinq saignées en cinq jours, et vingt-quatre sangsues. — Convalescence les sixième et septième jours après le commencement du traitement. — Point de rechute. — Sortie, le dix-septième jour.

Berquin (J.-B), âgé de 28 ans, canonnier en congé illimité, brun, d'une forte constitution, arrivait de Metz depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 19 décembre 1833. Pendant la route, il avait été soumis à la pluie, au vent et à la fatigue. Toutefois, ce n'était que depuis cinq à six jours qu'il éprouvait des douleurs dans les membres inférieurs, assez fortes pour l'avoir obligé de s'aliter. Rien n'avait été fait jusqu'à l'entrée du malade.

Le 20, les douleurs persistaient dans les articulations des membres inférieurs, et spécialement dans les genoux. Les articulations des membres supérieurs étaient très-légèrement prises. Il avait un peu de gonflement sans rougeur aux genoux; le moindre mouvement augmentait les douleurs; aussi le malade était-il immobile dans son lit, comme s'il eût profondément prostré; le visage était rouge, animé; le pouls fort, plein, large, à 96-100 par minute: peau sudorale (la sueur est visqueuse et exhale une odeur fade); insommie, soif, inappétence; langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe.

Prescription: 2 saignées de 4 palettes: infusion de fleurs de sureau et de coquelicot, 3 pots; cataplasmes, lavemens, diète.

Le 21, soulagement des douleurs des membres inférieurs, mais augmentation de celles des membres supérieurs; les poignets et les mains sont gonflés, rouges, chauds, et le moindre mouvement très-douloureux. Les coudes et les épaules sont pris à un moindre degré.

Une nouvelle saignée de 4 palettes, 12 sangsues à chaque main; le reste *ut suprà.*

Le 22, soulagement général, moins de fièvre, moins d'immobilité et de prostration; les poignets sont moins rouges et moins douloureux.

Une quatrième saignée.

Le 23, le malade est très-bien; la fièvre est nulle; pouls à 80; peau d'une douce chaleur, moite; nulle douleur. (Saignée conditionnelle, le soir.)

A huit heures du soir, récrudescence des douleurs dans les poignets et les épaules. Le matin, les douleurs s'étaient calmées. (La sai-

(1) Les 4 premières saignées, de 3 palettes chacune, furent pratiquées les 28, 29, 30 juin et 1er juillet; la 5e saignée, de 2 palettes, fut faite le 9 juillet. Des vésicatoires, des purgatifs, le vin de Malaga et des synapismes furent aussi employés. (Le vin de Malaga fut prescrit pour combattre des phénomènes ataxiques.)

(2) M. Dance a démontré dans un beau travail l'inefficacité du tartre stibié à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu.

(3) Nous avons, au no 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un nouvel exemple de cette vérité. Un homme entre avec un rhumatisme léger. Nous abandonnons la maladie à la *nature,* secondée par les bains, la diète et les émolliens. *Seize jours* s'écoulent sans que la guérison arrive. Bien plus, aux légers signes d'une endo-péricardite s'ajoutent les signes évidens d'un double épanchement pleurétique. Alors, nous employons les émissions sanguines coup sur coup, et le malade, au bout de 7 à 8 jours, est en pleine convalescence.

gnée conditionnelle ne fut point pratiquée.)

Le 24, pouls encore fort, plein, dur, à 80-84. Pour en finir avec la maladie, une nouvelle saignée de 3 palettes et demie est prescrite.—On permet 2 tasses de bouillon de poulet.

Le caillot des 5 saignées s'est recouvert d'une couenne, ou plutôt d'une véritable membrane d'un blanc grisâtre, très-polie à sa surface libre, très-résistante. La quantité proportionnelle du sérum a augmenté depuis la première saignée jusqu'à la cinquième.

Le 25, le malade est parfaitement bien. Le pouls est à 80-84, moins dur et moins plein. Convalescence. (3 bouillons, 1 soupe aux herbes, 6 pruneaux.)

Les jours suivans, point de rechute, quelque *ressentiment* de douleur dans les articulations des membres supérieurs, sans rougeur ni gonflement, et qui gêne seulement un peu les mouvemens.

On augmente les alimens et on prescrit des bains simples.

Le malade, se trouvant parfaitement rétabli, demande sa sortie le 5 janvier 1834 : il mangeait les trois quarts depuis quelques jours.

Ainsi, voilà un rhumatisme articulaire aigu occupant presque toutes les articulations, avec fièvre intense, qui a été réellement *jugulé* en cinq jours d'un traitement énergique, et la guérison s'est maintenue si bien que, dix-sept jours après son entrée, le malade a pu quitter l'hôpital.

OBSERVATION IIe.

(*Recueillie par M. le docteur* Raciborski.)

Rhumatisme articulaire aigu occupant les mains, les coudes, les articulations scapulo-humérales, les deux genoux et le pied droit. — Cinq saignées en quatre jours. — Cataplasme sur les articulations. — Narcotiques. — Convalescence quatrième et cinquième jours après le commencement du traitement. — Point de rechute. — Sortie le treizième jour.

Françoise Vilette, âgée de 27 ans, n'ayant jamais eu d'enfans, cuisinière, est venue, le 12 mars 1834, à l'hôpital de la Charité, où elle était couchée au no 4 de la salle Sainte-Madeleine. Ses parens n'ont jamais eu de rhumatismes. A l'âge de six semaines elle a eu la petite vérole, dont elle porte des marques sur la figure ; sa constitution est forte. Depuis l'âge de 18 ans, époque de la première menstruation, les règles viennent toujours très abondantes et régulièrement. Elle est à Paris depuis 4 mois, et habite une maison humide. Son état l'expose souvent aux vicissitudes de la température; souvent elle est obligée de descendre dans la cave, après s'être échauffée auprès du feu de la cuisine. Il y a cinq jours qu'elle a commencé à éprouver de légères douleurs dans la région lombaire, lesquelles se sont continuées les deux jours suivans.

Le surlendemain, elle a commencé à éprouver beaucoup de gêne dans les genoux; mais les bras saisissaient encore bien les objets de la cuisine. Du reste, elle n'éprouvait point de chaleur, point de frisson, pas de céphalalgie.

Les douleurs des membres inférieurs augmentèrent dans la journée, et la malade, n'ayant pu continuer ses occupations, fut obligée de se mettre au lit. Le soir, on envoya chercher un médecin, qui lui fit une large saignée du bras, et ordonna, pour tisane, une décoction d'orge miellée. Le quatrième jour, la malade trouvant ses membres de plus en plus engourdis, se rendit à l'hôpital.

14 mars. —Il est impossible à la malade de porter le bras droit sur la tête; douleur dans toutes les articulations; visage animé; râle sibilant à la partie antérieure et postérieure de la poitrine.

Prescription : saignée de 3 à 4 palettes, renouvelée le soir; infusion de fleurs de guimauve et de violette édulcorée avec le sirop de gomme, deux pots; potion gommeuse, avec une demi-once de sirop diacode.

15. —La malade ne sent plus qu'un peu d'engourdissement dans les jambes, et principalement dans le pied droit. Mais les genoux sont gonflés, rouges et douloureux. Toutes les articulations des membres thoraciques sont attaquées, et les poignets surtout, au plus haut degré. — Un peu de toux sans expectoration. Râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. La résonnance y est bonne partout. 104 à 108 pulsations; 28 inspirations par minute. La peau est chaude; visage coloré; langue blanche; soif; selles et urines normales.

Le sang de la première saignée offre une couenne générale, mais peu épaisse, et celui de la dernière une couenne partielle, mais d'une épaisseur plus considérable.

Saignée de 4 palettes par une large ouverture. — Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec le sirop de gomme, 3 pots; pot. gomm. avec une demi-once de sirop diacode; cataplasmes autour des articulations douloureuses. Diète.

16. Le caillot est en champignon, d'une densité remarquable; la couenne est très prononcée. — Les bras sont seuls un peu engourdis, mais pas aussi douloureux qu'hier. Les genoux qui étaient le plus attaqués ne sont point douloureux, et la malade peut les plier facilement. Langue moins blanche et moins épaisse. Beaucoup de soif. 88 pulsations; la malade a de grandes sueurs.

Quatrième saignée de 3 palettes.

17. Le sérum du sang est prédominant; caillot dense et recouvert d'une couenne épaisse avec

des bords relevés. — La malade va très bien; il ne lui reste qu'un peu de douleur dans le poignet et les articulations scapulo-humérales, principalement la gauche. 88 pulsations par minute. Le pouls est ondulant et développé.

Cinquième saignée de 3 palettes; eau gazeuse; 2 pilules d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune; 2 tasses de bouillon de poulet.

18. Le caillot de la saignée est couenneux, avec des bords relevés; sa consistance est bien marquée. — La malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans le poignet droit. 67 pulsations. Convalescence.

Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec sirop de gomme, 2 pots; 2 pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune. — 2 tasses de bouillon de poulet.

19. La malade ne ressent plus de douleur dans aucune articulation (2 bouillons, 3 potages, 1 tasse de lait. Pilules opiacées, comme hier).

20. Le bien-être continue. 64 pulsations. Le pouls est assez développé. (*Ut suprà.* Bains, une pomme cuite.)

21. La malade ne souffre nulle part. Elle ne se sent pas beaucoup affaiblie. (*Ut suprà.* Demi-quart.)

22. Elle est dans un état tout-à-fait satisfaisant. (*Idem.*)

23. L'état satisfaisant continue. (Le quart.)

24, 25. La guérison est parfaite. (La demie.)

26. Sortie.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.

LEÇONS

DE

CLINIQUE MÉDICALE,

FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS

PAR LE PROFESSEUR **A. F. CHOMEL**;

RECUEILLIES ET PUBLIÉES

PAR A. P. REQUIN, D. M. P.,

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des dispensaires de la Société philantropique, membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Naples, etc.

(RHUMATISME ET GOUTTE.)

AVANT-PROPOS.

Il m'a paru convenable de rendre compte au lecteur de quelle manière et dans quelles circonstances ce volume avait été composé : et voilà pourquoi j'écris les lignes qui vont suivre.

En 1834, M. le professeur Chomel, dont les leçons sur la fièvre typhoïde venaient d'être recueillies et publiées par M. le docteur Genest, m'invita à entreprendre un travail semblable d'après les leçons qu'il se proposait de faire sur le rhumatisme. Qu'avais-je à lui répondre ? — à lui que je suis si heureux et si fier d'avoir choisi, il y a tantôt dix ans, pour maître et pour exemple ; qui me distingua, moi, pauvre et obscur, dans la foule de ses élèves ; qui, par ses conseils et son appui, me soutint, ou plutôt peut-être me retint dans la carrière médicale à travers la décourageante épreuve des premiers temps du doctorat. Sa proposition, m'eût-elle peu souri par elle-même, aurait été pour moi un ordre à exécuter, un devoir à accomplir, une dette à payer. Mais combien il en est autrement ! C'est avec orgueil, je l'avoue, et avec joie que j'acceptai la tâche. M. Chomel me voulait pour interprète de ses idées sur une matière qui lui a servi à jeter les fondemens de sa réputation, et qui est encore pour lui un objet de prédilection ; n'y avait-il pas là de quoi tirer vanité ? Et que pouvais-je désirer de mieux pour mon nom jusque-là inconnu que de débuter dans la littérature médicale sous les auspices d'un nom célèbre ?

J'assistai donc, pendant l'été en 1834, à la leçon que M. Chomel, une fois par semaine, consacrait à l'histoire complète et suivie du rhumatisme, indépendamment des devoirs ordinaires de l'enseignement clinique, — cet enseignement qui imprime de si fécondes et si puissantes traces dans les esprits, mais qui, incessamment varié, saccadé, décousu, subordonné qu'il est au rassemblement fortuit des malades et aux mille hasards des maladies individuelles, ne saurait donner aux élèves une instruction véritablement bonne et utile qu'autant qu'il s'y joint une étude régulière et théorique de la pathologie.

Redevenu disciple, je recueillis, la plume à la main, avec une minutieuse assiduité, ces leçons hebdomadaires de M. Chomel sur le rhumatisme. Non pas, certes, que je me sois piqué de saisir toutes ses paroles avec une fidélité sténographique : cet art m'est étranger, mais qu'importe ? C'était l'esprit, et non la lettre, que j'avais à reproduire. Et, en vérité, y a-t-il un seul professeur dont l'improvisation, si nette et si élégante qu'elle soit, pût être impunément imprimée telle qu'il la laisse échapper de sa bouche ? En fait de style scientifique comme en tout autre genre, ce qui est bon étant dit, le plus souvent sera mauvais étant écrit : car telles manières de phrase et de raisonnement, telles imperfections même, convenables ou du moins tolérées pour l'exposition orale des idées, ne sont pas supportables dans un livre. Qui peut le savoir mieux que M. Chomel, lui qui, tout à la fois comme écrivain et comme professeur, offre le véritable modèle des qualités nécessaires pour communiquer la science aux lecteurs ou aux auditeurs ? Aussi, empêché qu'il est aujourd'hui, à raison des nombreuses occupations du professorat et de la clientèle, de rédiger lui-même ses idées, il n'en confie pas la rédaction à un sténographe, pur écho, automate inintelligent, mais à des médecins qui, comme moi, se soient depuis long temps nourris de sa parole, et puissent l'interpréter et la commenter sans risque de grossières méprises.

La simple mise en œuvre des notes que j'avais prises en écoutant M. Chomel, et dans lesquelles j'avais religieusement fixé tous les points essentiels de chaque leçon, voilà ce qui forme le fond et la substance du volume que je publie. Si je me suis permis d'y joindre çà et là quelques développemens, quelques réflexions accessoires, quelques ornemens d'érudition, c'est que M. Chomel lui-même m'a laissé toute liberté à cet égard, et même, comme pour m'engager à ainsi faire, a mis à ma disposition tous ses manuscrits sur le rhumatisme, toutes les observations qu'il avait rassemblées, tous les extraits qu'il avait faits de divers auteurs toutes les pensée qu'il avait jetées sur le papier à propos de cette maladie. J'ai scruté aussi par moi-même, et de mes propres yeux, la plupart des auteurs tant anciens que modernes qui ont traité du rhumatisme et de la goutte : j'ai recherché dans les recueils périodiques tout ce qui est relatif à notre sujet. De cet immense chaos d'assertions qui se répètent ou se contre-disent les unes les autres, j'ai retiré ce qu'il m'a semblé

bon de mettre à profit et de citer. Ai-je exploité tant de richesses de façon à me montrer digne de mon maître ? C'est à vous, lecteur, à décider ce point. Mais, ce dont je suis bien sûr, c'est que j'ai fidèlement représenté la doctrine de M. Chomel ; et, certes, dût-il être mécontent des défectuosités de mon travail, il ne m'appliquera pas du moins ce que Socrate disait de Platon : « *Ce jeune homme nous prête* » *d'étranges discours.* »

Par l'emploi constant de certaines formes de langage dans leur sens propre et rigoureux, j'ai pris soin de faire toujours reconnaître quand c'est moi seul qui avance telle particularité que j'aie seul observée, telle idée que j'ai conçue à part moi et dont je n'oserais affirmer qu'elle sera garantie par M. Chomel; quand j'énonce, au contraire, les doctrines professées par lui-même, je partage non de par son autorité, mais d'après mes propres convictions ; quand je le laisse, enfin, parler seul d'un fait rare qu'il a vu, d'un point de théorie sur lequel je n'ai pas, moi, d'opinion arrêtée.

A chacun de ces trois cas j'ai constamment affecté la même locution avec une scrupuleuse exactitude, et, pour ainsi dire, avec une superstition puritaine.

Dans le premier cas, j'emploie tout uniment le pronom *je* ou *moi*, qui semble honni, je ne sais pourquoi, par nos auteurs d'aujourd'hui, et et auquel ils aiment tant à substituer la forme plurielle, comme pour grossir ambitieusement, aux yeux du lecteur, leur importance personnelle.

Dans le second cas, je dis *nous ;* et ce mot garde ainsi, dans tout le cours de ma rédaction, son rôle naturel et vrai (1).

Dans le dernier cas, je ne parle qu'au nom de M. Chomel, et je fais de lui la troisième personne du discours, comme s'il s'agissait d'un auteur entièrement étranger à la composition de cet ouvrage-ci.

Quant aux observations que j'ai intercalées en divers passages de cette histoire générale du rhumatisme, je les ai triées et rédigées comme les plus intéressantes et les plus probantes d'entre environ cent cinquante recueillies, soit autrefois par M. Chomel lui-même, soit par moi lors de mon intérimat du service clinique de l'Hôtel-Dieu dans les vacances de 1834, soit, enfin, sous les yeux de M. Chomel, par M. Patouillet, durant tout le cours de cette même année 1834, ou par M. Grisolle durant le semestre scolaire 1835-36 (2).

M. Patouillet, qui remplissait, à l'époque indiquée, la place d'aide de clinique, et qui aujourd'hui est interne à l'hospice de Bicêtre, s'était montré à M. Chomel et à moi un observateur exact et zélé, avant que la Faculté le reconnût solennellement pour tel, en lui décernant le prix Corvisart.

M. le docteur Grisolle, chef de clinique, a déjà, par divers mémoires insérés dans le *Journal hebdomadaire*, acquis une réputation méritée, qui me dispense de rendre témoignage à ses talens.

Assurément, avec cette grosse d'observations que j'avais par devers moi, et que j'ai toutes dépouillées, toutes lues et relues, j'aurais pu, comme un autre, chiffrer de la statistique, tant bien que mal. Les *iatrostatisticiens* me reprocheront bien d'y avoir manqué. Pour toute réponse, je me retrancherai derrière l'autorité du maître dont je n'étais ici que l'interprète. Convenait-il que sous ce rapport je fisse rien au-delà de ce qu'il a fait lui-même dans ses leçons et dans sa thèse? Quand à mon opinion personnelle sur le mérite de ce qu'on nomme aujourd'hui statistique médicale, les lecteurs, j'imagine, s'en soucieraient fort peu : quel crédit aurait-elle, n'étant point entourée de ses preuves ? Mais tôt ou tard, je le sens, viendra le jour où je ne résisterai plus à la démangeaison de m'expliquer à cœur ouvert sur ce point, et de m'écrier avec le Satirique latin :

(3) Semper ego auditor tantùm? Numquàm ne reponam,
Vexatus toties....

Dirai-je, en finissant, que dans le principe, ce livre, à l'instar de l'enseignement oral qui lui a donné naissance, devait, avec une allure purement dogmatique, dérouler l'état actuel de la science, selon l'esprit de M. Chomel, relativement au rhumatisme ? Je ne comptais guère avoir à faire de la polémique, pas plus que M. Chomel n'en avait fait. Mais au moment où mon manuscrit était près d'être

(1) *N. B.* Après cette déclaration formelle, le lecteur s'étonnera, sans doute, de voir qu'en plusieurs passages l'adjectif ou le participe qui doit s'accorder avec ce *nous*, soit écrit au singulier. Mais est ce ma faute, à moi, si messieurs les correcteurs d'épreuves se sont crus meilleurs grammairiens que moi, chétif auteur ? Ce sont eux qui, même après mon *bon à tirer*, ont pensé faire merveille en suprimant les *s*. Et pourtant, soit dit en passant, suppression de l'*s*, lors même que *nous*, s'emploie par synecdoque au lieu de *je*, est une innovation qui ne règne dans la presse que depuis peu d'années, et qui ne devrait point prévaloir contre l'autorité des bons écrivains, et contre la véritable entente de la langue.

(2) Une note indiquera par qui chaque observation a été recueillie. Cela n'a été omis que pour deux observations, la Xe et la XIIe, qui toutes deux appartiennent à M. Patouillet. Voilà encore un *erratum* que je suis bien aise de signaler ici. *Suum cuique.*

(3) Juv., *sat.* I, v. 1.

achevé et d'être livré à l'impression, parut certaine brochure (1), qui, à raison de la haute position et des grands talens de l'auteur, a causé grande rumeur dans le monde médical. C'était non seulement un manifeste ardent pour la propagande d'opinions nouvelles, mais encore une sorte de pamphlet contre M. Chomel, qui s'y trouve, à chaque page, attaqué nominativement ou par de transparentes allusions, un véritable défi jeté d'un air triomphant à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Je n'ai pu moins faire que de relever le gant. Quoique blessé, dans mon esprit et dans mon cœur, par le ton méprisant dont on traitait les doctrines que je partage et le maître que je vénère, ai-je eu toujours assez d'empire sur moi-même pour garder, en mes réfutations, la modération et le calme qui conviennent aux discussions scientifiques d'une époque polie telle que la nôtre, et dont l'oubli nous ferait rétrograder aux virulens discords des pédans en *us* du quinzième siècle ? Je l'espère ; et si j'y ai failli, ce n'est pas que M. Chomel n'ait cessé de m'y exhorter.

Encore un mot. L'éditeur et moi, nous avons pensé que le public médical nous saurait gré de la réimpression de la thèse inaugurale de M. Chomel. Cette monographie remarquable ne se trouve plus dans le commerce de la librairie; elle a même été soustraite du volume qui la contenait dans la collection de la bibliothèque de l'École. Cependant bien des personnes la demandent, curieuses qu'elles sont de connaître l'œuvre par où débuta un des plus éminens professeurs de notre Faculté. Et ne sera-t-il pas intéressant de voir, par la comparaison de la Thèse d'autrefois avec les Leçons d'aujourd'hui, comment, dans un esprit si lucide et si droit, vingt ans d'expérience et de pratique, au milieu des progrès généraux de l'art, ont perfectionné les doctrines à l'objet favori de ses premières études (2) ?

12 septembre 1836.

A. P. REQUIN.

(1) *Nouvelles Recherches sur le Rh. artic. aigu*, par M. le professeur Bouillaud.

(2) Je dois avertir que, dans ces citations de la Thèse de M. Chomel, j'ai indiqué la pagination de l'édition originale, et non pas de celle qui est publiée dans le présent volume.

LEÇONS

DE

CLINIQUE MÉDICALE.

RHUMATISME ET GOUTTE.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§ 1er.— Étymologie.

Le mot *rhumatisme*, Ρευματισμός, est dérivé, ainsi que le mot plus simple Ρεῦμα (*rhume*), du verbe Ρέω (*je coule*). Il signifie donc étymologiquement et signifia en effet, dès le principe, toute espèce de flux humoral, toute maladie attribuée, à tort ou à raison, à une humeur. C'est en ce sens qu'on le trouve indifféremment employé dans les écrits de Galien, de Paul d'Égine, d'Alexandre de Tralles, de Cœulius Aurelianus, etc. Mais l'usage moderne en a depuis long-temps restreint la signification à la désignation d'une sorte particulière de maladies, comme il a restreint aussi l'extension des mots *rhume, catarrhe, goutte, fluxion*, qui, en eux-mêmes, ont à peu près la même valeur. Toutefois, les médecins sont encore loin d'être unanimes sur la définition du rhumatisme, et, partant, sur le rang qu'il doit occuper dans un système nosologique, et sur le nombre d'espèces et de variétés qu'il doit comprendre. Et nous n'espérons pas, nous l'avouons, que nos idées sur ces divers points entraînent un assentiment universel.

Le désaccord ne vient-il que du mot lui-même, comme quelques médecins semblent le croire? Suffirait-il de renoncer à ce mot, qu'ils accusent d'être suranné, vague, et antipathique aux lumières modernes: suffirait-il, dis-je, d'y substituer un mot nouveau, pour rallier tous les esprits? Nous ne partageons pas cette illusion. La querelle des diverses écoles n'est pas seulement une logomachie, une vaine dispute de langage: elle porte sur le fond des choses, comme il sera aisé de s'en convaincre. Chercher dans le néologisme un remède à la dissidence des opinions, c'est un effort stérile et une espérance chimérique. Ce qu'il faudrait, c'est que tous fussent instruits à raisonner juste sur les données de l'observation. Mais n'est-ce pas encore là une utopie?

Mais, d'ailleurs, les reproches adressés au mot que nous conservons, ont-ils, en vérité, une bien sérieuse importance? Est-il plus suranné que ces termes d'*arthrite*, d'*hépatite*, etc., qui, comme lui, remontent jusqu'à l'âge de la médecine grecque, et que l'on s'accorde encore aujourd'hui à trouver très bons? Ne cesse-t-il pas d'être vague, si, comme nous comptons le faire voir dans le suivant paragraphe, on en fixe l'application à l'aide de caractères précis et positifs? Enfin, qu'a-t-il de contradictoire, dans sa valeur étymologique, avec les phénomènes morbides qu'il désigne? N'y a-t-il pas souvent, au contraire, évidente fluxion, afflux visible d'humeurs, là où il y a rhumatisme? Sans recourir, avec les anciens, à l'hypothèse d'une humeur particulière, comme principe invisible et occulte de l'affection rhumatismale, n'y a-t-il donc pas souvent congestion de sang et de sérosité dans les parties rhumatismées? Ainsi donc, dût-on faire une refonte générale du vocabulaire médical, le mot rhumatisme aurait encore plus de droit à être conservé que le mot inflammation, ce terme métaphorique

et essentiellement vague, pour lequel notre siècle a tant de prédilection.

Quelques auteurs ont proposé *rhumatalgie* (de Ρεῦμα, gén. ῥεύματος et de Ἄλγος, douleur), afin d'indiquer par là que la douleur est un caractère fondamental, et quelquefois même le seul et unique caractère de la maladie; mais le mot n'a pas réussi, et, pour notre part, nous n'en avons pas grand regret. Mieux vaut, comme cela nous semble être passé en usage, réserver la terminaison *algie* aux affections douloureuses d'origine purement nerveuse.

Quant aux diverses dénominations consacrées depuis long-temps, ou proposées par des auteurs recommandables, pour désigner, non plus le rhumatisme en général, mais ses différentes espèces, nous les ferons connaître, et nous les apprécierons chacune en son lieu et place.

§ II. — Caractères fondamentaux des rhumatismes.

Dans notre manière de voir, les rhumatismes constituent une classe naturelle de maladies, qui seraient suffisamment distinguées d'avec les autres groupes nosologiques par les trois caractères suivans : 1° *siége dans les organes fibreux*, tels que muscles, tendons, aponévroses, ligamens, etc.; 2° *mobilité*, extrême facilité à se déplacer, à se transporter d'un point de l'économie à un autre; 3° *intermittence*, c'est-à-dire, alternatives plus ou moins fréquentes et plus ou moins soudaines de disparitions et de réapparitions.

Mais on doit encore ajouter à cette définition générale un quatrième caractère, savoir : *la diversité des formes*. En effet, si dans un grand nombre de cas le rhumatisme apparaît sous une forme franchement inflammatoire, si aux articulations, par exemple, il se manifeste le plus souvent par un appareil complet de symptômes phlegmasiques, douleur, chaleur, rougeur, tuméfaction, et même altération de la sécrétion synoviale; maintes fois, au contraire, la région rhumatisée n'offre ni gonflement ni excès de chaleur, il n'y a qu'une simple douleur qui le plus ordinairement s'exaspère par la pression.

Dans la grande majorité des cas, si ce n'est même toujours, les cadavres d'individus morts pendant la durée d'un rhumatisme musculaire n'offrent aucune altération dans le muscle où résidaient avant la mort les symptômes rhumatismaux. Depuis environ un demi-siècle que l'anatomie pathologique a été l'objet d'études ardentes et passionnées, à peine a-t-on cité un exemple d'altération cadavérique. Il n'y a pas, que nous sachions, d'autre fait que celui de Morgagni, c'est-à-dire une altération de couleur à la suite d'un prétendu lumbago, fait que nous rapporterons en détail et apprécierons plus loin à l'article qui lui convient. Or, dans les inflammations il y a toujours quelque altération de tissu ou, du moins, de sécrétion. Donc le rhumatisme musculaire, le plus souvent borné à la pure et simple qualité de douleur, ne peut être considéré comme une affection inflammatoire. Quelquefois même, il y a non seulement absence totale de chaleur phlegmasique, mais il se joint, au contraire, à la douleur une sensation de froid, ce qui, dans la réalité comme dans le langage, implique contradiction avec l'existence d'une inflammation.

Ce n'est pas, d'ailleurs, que dans le rhumatisme musculaire que la douleur constitue à elle seule tout le mal; ce cas-là se rencontre aussi, quoique rarement, dans le rhumatisme articulaire; il est plus d'une fois arrivé que l'autopsie n'ait démontré aucune lésion appréciable dans les articulations rhumatisées de sujets qui avaient tout-à-coup succombé accidentellement à quelque désordre beaucoup plus grave.

Voilà donc déjà deux formes opposées sous lesquelles le rhumatisme se présente tour-à-tour : nous venons de le constater, là, avec le cortége des symptômes et des lésions inflammatoires; ici, sans altération organique qui soit appréciable sur le cadavre.

Dans une troisième espèce de forme, le rhumatisme offre des lésions qui se rapprochent des *lésions organiques proprement dites* du système nosographique de Pinel; à la douleur articulaire s'adjoint le gonflement des parties, la formation de concrétions tophacées, l'érosion des cartilages, la dénudation de l'os, la destruction de la membrane synoviale, etc.

Enfin, dans certains cas de rhumatisme articulaire, où le phénomène le plus saillant, après la douleur, est la manifestation d'un épanchement dans l'intérieur de l'articulation, et où le liquide épanché n'est ni puriforme ni même trouble, mais simplement séreux et parfaitement limpide, la maladie a vraiment la forme de l'*hydropisie essentielle* des anciens.

Ainsi donc, le quatrième caractère que nous avons assigné à la classe des affections rhumatismales, est incontestablement établi pour tout esprit non prévenu et de bonne foi.

Le rhumatisme, par la diversité de ses formes, non moins que par ses rapides métastases, est un véritable Protée. Pour le nosographe, qui aurait plus égard à la variété des phénomènes symptomatiques et des altérations nécroscopiques qu'à l'identité de nature qui se révèle à la méditation clinique sous ces divers déguisemens, le rhumatisme serait un mot à rayer et à proscrire : car, sous un tel point de vue, c'est tantôt une névrose, tantôt une inflammation, tantôt, enfin, une hydropisie, ou quelque autre lésion organique. Mais, si le raisonnement, appuyé sur l'observation, nous fait rattacher, comme nous espérons le prouver dans le cours de cet enseignement, toutes ces formes à un seul et même principe, le mot

rhumatisme, consacré par l'autorité de nos devanciers, ne devra pas cesser de tenir son rang dans la langue nosologique, pour relier les affections polymorphes qui, par leur communauté de siége dans les organes fibreux, par leur mobilité, par leur intermittence, par leurs fréquentes conversions d'une forme en une autre, dévoilent leur évidente parenté, leur incontestable identité d'origine, et qui, à ce titre, ne doivent pas plus être isolées et distraites les unes des autres, qu'on ne s'aviserait d'en user ainsi à l'égard des affections syphilitiques.

§ III. — Division.

Nous divisons cette classe si naturelle des affections rhumatismales en trois ordres d'après la considération du siége.

Les deux premiers ordres comprennent les rhumatismes de l'appareil locomoteur, savoir : le premier, ceux des muscles volontaires ; le second, ceux des articulations.

Le troisième ordre comprend les affections rhumatismales des viscères : groupe beaucoup plus difficile à étudier que ne le sont les rhumatismes musculaires et articulaires. Mais, en récompense, quel intérêt ressort d'une pareille étude ! Combien de lumière n'en peut-on pas faire jaillir sur la pathologie viscérale ! Naguère encore, alors que l'anatomie pathologique avait dans la science une prépondérance exclusive, et qu'on ne prenait souci que de ce qui tombait sous le tranchant du scalpel ou sous le crochet de l'airigne, alors ces rhumatismes internes étaient oubliés ou rejetés. On eût crié à l'ontologie contre quiconque aurait osé parler d'un rhumatisme de l'estomac ou du cœur ? Quelles clameurs n'auraient-ils pas poussées, ces médecins qui ne voulaient croire qu'à la gastrite et à l'anévrisme, qui, par cela même, se disaient positifs, et n'étaient pourtant qu'exclusifs ! Mais, aujourd'hui qu'on commence à revenir à une vue plus large et plus complète de l'horizon médical, nous avons l'espoir de nous faire écouter avec calme et impartialité, et, partant, de communiquer notre conviction sur la réalité des rhumatismes viscéraux.

Voici donc, nous le répétons, trois ordres de rhumatismes, que nous allons étudier avec détail en autant d'articles spéciaux.

Premier ordre. Rhumatismes des muscles volontaires, ou Rhumatismes musculaires proprement dits.

Deuxième ordre. Rhumatismes articulaires.

Toisième ordre. Rhumatismes des organes fibreux situés à l'intérieur des cavités splanchniques, ou rhumatismes viscéraux. (Nous y rattachons, comme on le verra, certaines affections, dites nerveuses.)

Si cette doctrine nosologique venait à être généralement adoptée, on ne tarderait pas à sentir, comme je l'ai moi-même vivement senti en écrivant cet ouvrage, qu'il y a inconvénient pour la commodité et la précision du langage à être obligé de tenir presque toujours accolée au mot rhumatisme une épithète spécifique. Il en résulte souvent que pour désigner avec exactitude une affection rhumatismale, on ne peut se dispenser d'employer des locutions fort composées, comme celles-ci : *rhumatisme articulaire aigu fébrile, rhumatisme articulaire chronique apyrétique,* etc. Cette nécessité de surcharger d'adjectifs le nom principal, surtout quand elle revient souvent, est fort embarrassante ; toutes les personnes familières avec l'art d'écrire en conviendront sans peine. Pour lever cette difficulté, je proposerais donc trois mots qui, bien que nouveaux, ne devront pas, ce me semble, avoir un air trop repoussant d'étrangeté. Ces trois mots seraient : *myorhumatisme* (de Μῦς, gén. μυός, muscle), pour le rhumatisme musculaire ; *arthrorhumatisme* (de Ἄρθρον, articulation), pour le rhumatisme articulaire ; *endorhumatisme* (de Ἔνδον, en dedans), pour les rhumatismes internes ou viscéraux.

Au demeurant, pour ne point mêler avec les idées de M. Chomel, un néologisme dont j'aurais été seul responsable, je me suis gardé d'incorporer, dans le courant de ma rédaction, les mots que j'ai imaginés, et pour lesquels néanmoins je n'ai point de prédilection exagérée. Je me suis servi partout, ainsi que M. Chomel lui-même, des expressions vulgairement usitées, en luttant de mon mieux contre la difficulté que je signalais tout-à-l'heure.

§ IV. — Les rhumatismes, à quelque ordre qu'ils appartiennent, ont-ils tous un seul et même tissu pour siége primitif et commun ?

Pour résoudre cette question, pour y donner une réponse, sinon certaine et décisive, du moins plausible et probable, conviendrait-il de se renfermer dans le cercle de l'anatomie pathologique, et de repousser, comme hors-d'œuvre dangereux et maudit, les inductions fondées sur l'analyse des symptômes et sur les principes de l'analogie. Est-ce donc l'autopsie cadavérique qui nous révèle le siége du rhumatisme modèle, du rhumatisme par excellence, du rhumatisme unanimement reconnu pour tel ? Non certes. Ce n'est que d'après l'observation symptomatologique que la science place cette affection dans les muscles. Ce n'est point après la mort, mais seulement pendant la vie, qu'on reconnaît le siége du mal. On voit que la douleur règne et s'étend suivant le trajet des muscles, et qu'elle s'exagère surtout par la contraction de ces mêmes muscles. Les mouvemens qu'une impulsion étrangère imprime au membre rhumatisé, lui causent beaucoup moins de souffrance que ne lui en causent les moindres efforts de locomotion spontanée. Si, sans même remuer le

membre, les muscles essaient une simple contraction, il y a douleur, et l'intensité de cette douleur est en proportion directe avec l'énergie de la contraction musculaire. Qu'importe donc que l'anatomie pathologique manque ici à nos espérances ? Nous n'en savons pas moins, de science certaine, ce que nous avons appris au lit même du malade : c'est que le rhumatisme siége évidemment dans les fibres des organes actifs de la locomotion.

Mais reste un doute à éclaircir. Sont-ce les fibres rouges ou musculaires, qui se trouvent affectées ? Sont-ce, au contraire, les fibres blanches ou le tissu fibreux proprement dit ? L'examen clinique, pas plus que la dissection nécroscopique, la physiologie pas plus que l'anatomie, ne nous fournissent ici de quoi résoudre péremptoirement la difficulté. Dans certaines parties où il n'y a plus que des tendons, comme, par exemple, aux extrémités des doigts et des orteils, c'est incontestablement la fibre blanche qui est le siége du rhumatisme. Mais en est-il de même en cas de lumbago ou de pleurodynie? Quoique les fibres rouges soient en quantité prédominante dans la région lombaire et dans les parois théoriques, ne serait-il pas possible que les fibres blanches fussent encore là les seules affectées? L'anatomie pathologique pourrait seule donner une réponse décisive; et, par malheur, elle reste muette ici, comme en trop d'autres circonstances. Aussi M. Chomel n'a point voulu trancher le nœud : il est resté, dans ses leçons, parfaitement neutre entre l'une et l'autre opinion.

Toutefois, à défaut de preuves irréfragables, il me semble qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître de quel côté penche la balance des probabilités. Or, s'il est incontestable que souvent le rhumatisme siége là où il n'y a que du tissu fibreux, comme au tendon d'Achille, au ligament inférieur de la rotule, etc., n'est-on pas presque irrésistiblement porté à inférer, d'après la constante régularité de la nature dans toutes ses opérations, que lorsque le rhumatisme s'établit dans les muscles ou organes dont le tissu propre se trouve toujours intimement uni à des expansions du tissu fibreux, il doit, encore là, avoir son véritable siége dans ces expansions tendineuses ou aponévrotiques. Je pourrais citer à l'appui de cette opinion un grand nombre d'autorités recommandables. Je me contenterai de faire parler ici une seule voix, mais une voix bien puissante, celle de notre immortel Bichat. « Il faut rechercher, dit-il (*Anat. Génér.* Considér. génér. § VII.), « lequel est attaqué, du (tissu) fibreux ou du » musculaire, dans le rhumatisme; je penche » à croire que c'est le premier. » Et ailleurs encore (*même ouvrage,* Syst. fibr. art. III, § III.) « .... les rhumatismes aigus.... affectent princi- » palement les parties fibreuses des grandes » articulations, de l'aisselle, de la hanche, du » genou, du coude, etc., les parties aponévro- » tiques des muscles, etc. »

Relativement au rhumatisme articulaire, il ne peut non plus y avoir que probabilité, et non complète démonstration, sur la question de savoir où il a son siége essentiel et primitif. Et cependant ici l'anatomie pathologique ne nous laisse pas tout-à-fait au dépourvu. Dans un assez grand nombre de cas dans lesquels l'examen nécroscopique est possible, on rencontre des altérations remarquables, soit dans les membranes synoviales, soit dans les cartilages articulaires, soit dans les parties fibreuses qui environnent les articulations; nous en traiterons *ex professo* en temps et lieu. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là seulement qu'il faut chercher la solution du problème. Écoutons encore Bichat, qui, tout en ayant été un des promoteurs les plus ardens de l'anatomie pathologique, se serait bien gardé, comme tant de ses successeurs, d'y réduire toute la médecine, et n'aurait jamais abdiqué sa raison devant une lésion cadavérique. « Un seul tissu, » dit-il (*Anat. Génér.* Consid. génér. § VIII.), « étant d'abord » affecté dans un organe, il communique peu » à peu son affection aux autres, et ce serait » mal juger du siége primitif, que de l'estimer » par les parties où il a lieu à l'instant où l'on » examine le sujet. » Maintenant donc, le rhumatisme articulaire consiste-t-il primitivement dans l'inflammation de la membrane synoviale, inflammation si souvent irrécusable en cas pareil ? ou bien ne réside-t-il, d'abord, que dans les parties fibreuses, dont l'affection, dans cette hypothèse, entraînerait consécutivement l'inflammation synoviale et l'épanchement intra-articulaire ? J'avoue que je penche pour la dernière idée à raison de l'analogie même du rhumatisme articulaire avec le rhumatisme musculaire.

Enfin, en se guidant toujours sur l'analogie, on paraît également en droit d'indiquer le siége précis de ces rhumatismes internes que nous verrons sévir sur les viscères musculeux. Ce doit être le tissu même qui, dans ces organes, sert de point d'insertion et de terminaison aux fibres charnues ; tissu tantôt identique, tantôt simplement analogue au tissu fibreux qui remplit cet office à l'égard des muscles de la vie animale. Dans le cœur, par exemple, il y a de véritables tendons à l'extrémité des colonnes charnues, et un véritable tissu fibreux au point d'union des ventricules avec les oreillettes et avec les artères aorte et pulmonaire. Dans l'estomac, les intestins, la vessie, etc., le tissu cellulaire sous-muqueux, à texture si ferme et si dense, est incontestablement l'analogue du tissu fibreux; et c'est à bon droit que plusieurs anatomistes l'avaient désigné sous le nom de *tissu fibro-celluleux.*

Ainsi donc, pour ma part, je regarde comme chose sinon prouvée, du moins extrêmement probable, que tous les rhumatismes siégent primitivement et essentiellement dans des parties de texture identique ou très analogue, savoir, dans les tissus fibreux ou fibro-celluleux. Il y aurait, en faveur de cette thèse, bien des développemens à donner aux idées dont je ne fais, pour ainsi dire, que déposer ici les germes. Mais je m'arrête en songeant que je me suis laissé entraîner au-delà des traces du maître habile dont je dois me borner à être le fidèle interprète, et que j'eusse mieux fait peut-être d'imiter sa réserve prudente, et de ne point m'engager, contre son exemple, dans une discussion que les praticiens purs trouveront peut-être oiseuse et stérile.

§ V. — Antiquité du rhumatisme.

Suivant quelques auteurs, dont l'érudition était, sans doute, fort superficielle, la goutte proprement dite aurait seule été connue dans l'antiquité, et les affections qu'aujourd'hui on qualifie généralement de rhumatismes, seraient venues plus tard grossir la liste des maux physiques de l'humanité. Sydenham lui-même, qui d'ailleurs ne s'est point illustré comme érudit mais comme praticien habile, montre quelque penchant à partager cette opinion. Dans le chapitre *Rheumatismus* (et par ce nom il entendait le rhumatisme articulaire aigu des nosographies actuelles), voici en quels termes il jette en passant sa conjecture : « *Nisi forte arbitremur, hanc morbi speciem ad reliquan malorum Iliada de novo accessisse.* »

Mais il est évident pour quiconque est un peu familiarisé avec la lecture des médecins de l'antiquité, qu'ils ont embrassé sous le nom d'*arthritis* ou de *podagre* toutes les douleurs qui siégent dans les membres, et dans toute la périphérie du corps en dehors des cavités viscérales. Dans la description de la *podagre*, ils ont maintes fois signalé des symtômes qui ne conviennent qu'à ce que l'on nomme aujourd'hui rhumatisme.

Certainement, voici, dans un des livres attribués à Hippocrate, un passage qui désigne, à ne pas s'y méprendre, le rhumatisme articulaire aigu : « Quand l'arthritis se déclare, » les articulations du corps deviennent brûlantes et douloureuses. Cette maladie prend » la forme aiguë, et les douleurs, plus ou » moins vives, se jettent tantôt sur une articulation, tantôt sur une autre..... La maladie » est courte et aiguë, mais non mortelle. Elle » attaque d'ordinaire les hommes jeunes plutôt que les vieillards » (1). Ce qui prouve, » surtout, qu'en cet endroit Hippocrate distingue, comme la plupart des pathologistes modernes, le rhumatisme articulaire aigu avec la goutte proprement dite, c'est qu'immédiatement après il mentionne celle-ci comme la plus violente de toutes les maladies pareilles qui siégent aux articulations, comme la plus longue et la plus difficile à résoudre (2).

Arétée, dans le chapitre XII du livre second des *Maladies chroniques*, chapitre consacré à *l'arthritis*, signale, parmi les symptômes de cette maladie, de véritables rhumatismes musculaires. « Le mal se transporte sur les » muscles du dos et du thorax. Les muscles » sont endoloris avec un sentiment de tension, » même ceux des mâchoires et des tempes » » (3). Le même auteur signale aussi le transport de l'affection arthritique sur les organes intérieurs. « Il y a communication de la mala» die aux reins et à la vessie (4). »

Nous nous abstenons d'accumuler ici tous les passages analogues que nous pourrions emprunter aux auteurs de l'antiquité, et qui pourraient aussi se confirmer les uns par les autres. Ce serait un luxe d'érudition peu convenable dans un ouvrage du genre de celui-ci. Le peu que nous avons cité nous semble suffisant pour établir que l'existence de tout ce que nous appelons aujourd'hui rhumatisme est attestée par les plus anciens monumens de la médecine. Qu'importe que le nom ne fût pas le même qu'aujourd'hui ? Il n'est pas moins certain que la chose existait.

ARTICLE II.

1er ORDRE : RHUMATISMES MUSCULAIRES.

(*Myorhumatismes.*)

Les rhumatismes musculaires, quoique l'histoire en soit encore très obscure sous le rapport des conditions anatomiques, sont, après tout, les plus simples et les plus faciles à étudier ; et c'est afin de procéder, d'après le précepte des logiciens, du simple au composé, de ce

(1) Ἀρθρῖτις νοῦσος ὅταν ἔχῃ, λαμβάνει πῦρ καὶ ὀδύνη τὰ ἄρθρα τοῦ σώματος. Λαμβάνει δὲ καὶ ὀξείη. Καὶ ἐς ἄλλο τε καὶ ἄλλο τῶν ἄρθρων ὀξύτεραί τε καὶ μαλακώτεραι καταστηρίζουσιν ὀδύναι. . . . Καὶ ὀλιγοχρονίη μὲν γένεται καὶ ὀξείη, θανατωδὴς δὲ οὔ. Νεωτέροισι δὲ εἴωθε μᾶλλον ἢ γεραιτέροισι γίνεσθαι. — Ἱπποκρ. Περὶ παθων.

(2) Ποδάγρη βιαιότερον μὲν των τοιούτων ἁπάντων ὀκόσα περὶ τὰ ἄρθρα. Καὶ πουλυχρονιώτατον, καὶ δυσαπαλλακτότατον. Ἱπποκρ. loco citato.

(3) Περίστροφος δὲ μετάβασις ἥες νώτου μῦας καὶ θώρηκος. . . . Μῦες ξύν ἐντάσει ἀλγέουσι. Γνάθων καὶ κροτάφων μῦες. — Ἀρετ. loco citato.

(4) Νεφρων καὶ κύστιος ἡ διαδοχὴ. — Ἀρετ. loc. cit.

qui est le mieux connu à ce qui l'est moins, que nous avons mis en première ligne les rhumatismes musculaires, pour passer de là aux rhumatismes articulaires, dont l'étude est beaucoup plus compliquée, puis enfin aux rhumatismes viscéraux, dont l'histoire est environnée de tant de doutes et d'obscurités, au point que certains médecins trouvent plus simple de les nier que de les diagnostiquer.

Sagar donnait au rhumatisme musculaire le nom de *Miositis*, qui n'a point fait fortune, et qui, en vérité, mérite bien l'oubli où il est tombé. D'abord, la composition même du mot est mauvaise ; les deux élémens significatifs (Μῦς, muscle ; et ιτις, terminaison consacrée à la désignation des inflammations), sont combinés d'une façon tout-à-fait barbare, qui doit choquer toute oreille tant soit peu versée en philologie. En second lieu, par la valeur même de la terminaison, le rhumatisme musculaire est qualifié d'imflammation, et c'est ce qui n'est pas conforme à la vérité.

D'autres auteurs ont proposé *Miodinie* (Μῦς, déjà cité ; et ὀδύνη, douleur). Ce mot, quoique régulier dans sa composition, et inattaquable dans sa valeur significative, n'a pas non plus été adopté.

Dans une première section, nous allons d'abord nous livrer à l'étude générale du rhumatisme musculaire ; puis, dans les sections suivantes, nous étudierons successivement et en détail les formes particulières de cette affection à la tête, au cou, au thorax, à la portion abdominale du tronc, et, enfin, dans les membres.

SECTION PREMIÈRE.

Du rhumatisme musculaire en général.

§ Ier. — Siége.

Le rhumatisme musculaire peut avoir son siége dans toutes les régions du corps; mais néanmoins il attaque le tronc plus fréquemment que les membres. Le lumbago, le torticolis et la pleurodynie sont les espèces les plus communes; et, quand les membres sont atteints, c'est presque toujours dans les parties les plus voisines du tronc.

§ II. — Étiologie.

Dans un très-grand nombre de cas, le rhumatisme musculaire succède à l'action du froid sur tel ou tel point du corps, à la répercussion de la sueur, à l'impression d'un courant d'air, à un excès de fatigue, et à d'autres circonstances analogues. Ici, la cause occasionelle, cause extérieure et, pour ainsi dire, palpable, a la plus grande part à la production de la maladie; l'hypothèse d'une prédisposition organique, cause interne et occulte, n'est que peu ou point nécessaire. Mais, en d'autres cas, le rhumatisme musculaire sévit sans causes occasionelles appréciables, ou qui suffisent, à elles seules, à rendre compte de ses fréquens retours, de sa durée, de son intensité, de sa mobilité ; alors la prédisposition organique, si insaisissable qu'elle soit à nos sens, doit prendre, sous le nom de *diathèse rhumatismale*, la plus haute valeur étiologique. Or, comme cette diathèse paraît être commune aux rhumatismes musculaire et articulaire, qui souvent coexistent ou alternent chez le même sujet, et comme, toutefois, elle amène le plus souvent le rhumatisme articulaire, c'est dans l'article relatif à celui-ci que nous essaierons de découvrir sous quelles conditions elle se développe.

§ III. — Symptômes.

Le symptôme essentiel, constant, caractéristique, du rhumatisme musculaire, c'est une douleur plus ou moins vive qui s'exaspère particulièrement par la contraction ou plutôt par les tentatives de contraction du muscle affecté, et qui, par conséquent, gêne ou rend tout-à fait impossibles les mouvemens dépendans de ce muscle.

Cette douleur n'est pas, comme les douleurs inflammatoires, constamment accompagnée d'un excès de chaleur : quelquefois, au contraire, il y a sentiment de froid, et, comme dit le vulgaire, *fraîcheur* dans la région endolorie.

D'ailleurs, quelque superficiel que soit le rhumatisme musculaire, il n'offre jamais ni le gonflement ni la rougeur qui accompagnent assez ordinairement le rhumatisme articulaire : on pourra bien déterrer de l'immense chaos des thèses inaugurales et des recueils périodiques quelques observations où le contraire est établi; mais ces observations sont, sans doute, fautives ; les auteurs s'en sont rapportés au dire des malades, ou ont commis peut-être une erreur de diagnostic. Un érysipèle phlegmoneux, ou même un phlegmon (surtout un phlegmon profond) aura été pris pour un rhumatisme. Et c'est par conséquent aussi en pareil cas qu'on a trouvé dans le tissu cellulaire intermusculaire une plus ou moins grande quantité de pus, qu'on aura, par continuation et redoublement d'erreur, mis sur le compte du prétendu rhumatisme. Mais n'anticipons pas ici sur une question que nous allons traiter à fond tout-à-l'heure au paragraphe de la terminaison.

Le plus ordinairement, il n'y a pas d'appareil fébrile pendant le cours du rhumatisme musculaire : et cet état si fréquent d'apyrexie, alors même que la douleur est des plus aiguës et des plus vives, vient bien, ainsi que l'absence de gonflement et de rougeur, à l'appui de la doctrine que nous avons émise précédemment sur la forme non-inflammatoire d'un cer-

tain nombre d'affections rhumatismales; car, dans les phlegmasies, les symptômes généraux ou fébriles manquent bien rarement, surtout si la douleur est intense.

§ IV. — Mobilité.

Le rhumatisme musculaire est fort sujet à se déplacer, à se transporter d'un siége à un autre. Des muscles qu'il a dès l'abord atteints, il s'étend aux muscles voisins, ou bien il se transporte aux muscles correspondans : il frappe, par exemple, aujourd'hui le deltoïde droit, demain le deltoïde gauche. Bien souvent il voyage dans les divers muscles du tronc et des membres de la façon la plus irrégulière et la plus bizarre: il va, vient et revient comme par d'inexplicables caprices. Il offre, surtout, ce caractère de mobilité, lorsqu'il dépend bien plus de la diathèse du sujet que de l'action des causes extérieures.

§ V. — Complication avec le rhumatisme articulaire.

Quelques-unes des observations que nous avons recueillies pour les insérer dans cet ouvrage, offrent des exemples de la co-existence, déjà plus haut signalée, du rhumatisme musculaire avec le rhumatisme articulaire; et nous aurons bien soin de mentionner cette particularité dans le résumé mis en tête de l'observation, afin de fixer là-dessus l'attention de nos lecteurs. Quelquefois la complication, au lieu d'être constituée par la simultanéité des deux affections, consiste dans la succession alternative de l'une et de l'autre. (Voir, dans le cours de ces Leçons, les observations I, III, VII, VIII, XV, XXI, XXVI : voir aussi l'observation de M. Marjolin, art. III, sect. II, § VI.) Dans le second cas comme dans le premier, ne voit-on pas se révéler que les deux affections, quoique avec des formes différentes, ont au fond une même et commune nature? Car cette complication n'est pas un fait rare et exceptionnel. Elle a été signalée par la plupart des bons observateurs. Stoll, entre autres, lui, dont le seul témoignage doit presque faire loi, mentionne en plusieurs endroits du *Ratio medendi* la co-existence des douleurs musculaires avec les douleurs articulaires comme un phénomène commun et général dans certaines constitutions médicales. « *Varios rheumatismos observabamus hoc mense :* » *dolebant atrociter articuli majores*, CARNESQUE » INTER EOSDEM MEDIÆ. » (Ann. 1776, mens. mai.) — « *Febris rheumatica multorum articulos pedum,* » *manuum, digitorum, genua, lumbos, etc., dolore* » *lacerante, noctu intensius sæviente, vel et* CARNES » INTER ARTICULOS sitas multum torsit. » (1777, aprilis). Et ailleurs encore.

Mais cette complication, qui comme on le voit, n'est pas rare à l'état aigu, est surtout fréquente à l'état de maladie chronique. Et, en vérité, ce n'est pas sans fondement que Sauvage en avait fait une espèce nosologique à part, sous le nom de *Rheumatismus arthriticus* (Rhumatisme goutteux) : « espèce qui at- « taque constamment et les articulations, et » çà et là les parties charnues, en sorte » qu'elle appartient à la fois et presque égale- » ment au rhumatisme et à l'arthritis (1), et » qu'elle exige par conséquent le traitement » de l'une et l'autre maladie. Cette affection » survient quelquefois à la suite d'une arthritis » vague et mobile, et, préludant sous la forme » aiguë, elle tient le malade au lit pendant un » mois, en proie à la fièvre, et à des douleurs » qui attaquent à la fois ou successivement les » diverses articulations, les pieds, les genoux, » la tête, le thorax, les lombes et les membres. » Dans d'autres cas, c'est une affection chro- » nique, vague, apyrétique, qui se jette tan- » tôt sur un point, tantôt sur un autre, principa- » lement après une transpiration arrêtée, pro- » duit l'amaigrissement, rend les doigts immo- » biles et raides. » Sauvages. *Nosol. Méthod.* Classe II, genre III. *Rheumatism.*

§ VI.—Terminaison. A-t-elle jamais lieu par suppuration?

Fixe ou mobile, aigu ou chronique, compliqué ou non avec le rhumatisme articulaire, le rhumatisme musculaire se termine toujours par une résolution plus ou moins rapide ou tardive.

Cependant, quelques auteurs ont admis la terminaison par suppuration. Et il ne s'agit pas seulement ici de ces abcès froids qui, à en croire tant d'écrivains de pathologie externe, et notamment Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, tome Ier, page 71), peuvent être produites par le vice rhumatismal tout aussi bien que par le vice scrofuleux : ce n'est là qu'une pure hypothèse d'étiologie, et une hypothèse aujourd'hui assez décréditée pour que nous ne jugions pas à propos de nous y arrêter. Mais on a autrefois publié des faits, d'où il résulterait, suivant ceux qui les ont recueillis, que des rhumatismes musculaires auraient évidemment donné naissance à une collection de pus. Que devons nous en penser? Doit-on admettre ces prétendues suppurations d'origine rhumatismale? Ou bien ne doit-on pas plutôt penser que, dans tous ces cas, il y eut erreur de diagnostic, et qu'on prit, par exemple, un phlegmon pour un rhumatisme. C'est ainsi que doivent être considérées, sans le moindre doute, les prétendues observations de suppuration musculaire après rhumatisme, qui ont été rap-

(1) Dans la classe des *douleurs* de Sauvages, le genre *rhumatisme* est la douleur des muscles; et le genre *arthritis* est la douleur spontanée des articulations.

portées par Latour d'Orléans, dans sa thèse inaugurale, monographie souvent citée (*Essai sur le Rhumatisme.* Thèses de la fac. de Paris, an XI, n° 237.) Nous ne voulons pas qu'on nous en croie sur parole : nous mettons donc sous les yeux mêmes de nos lecteurs un extrait textuel de ces observations, et nous sommes bien sûrs qu'on partagera notre opinion.

PREMIÈRE OBSERVATION : COMMUNIQUÉE A LATOUR PAR VIAL, ÉLÈVE DE BICHAT (Latour, *Thèse,* pages 102 et seqq.)— Suppuration prétendue consécutive à un rhumatisme musculaire. Il y eut bien évidemment erreur de diagnostic. La maladie était un phlegmon profond de la cuisse droite.

« Un malade entre à l'Hôtel-Dieu pour un hy-
» dro-thorax très avancé ; trois jours après il
» meurt.

» L'ouverture cadavérique fut faite par Xa-
» vier Bichat, en présence du médecin de la
» salle, M. Petit. Celui-ci déclara que le malade,
» trois jours avant sa mort, s'était plaint d'une
» douleur très vive à la cuisse droite qui, bien-
» tôt, avait *augmenté considérablement de volume*
» (1). *L'opinion de* Bichat, *qui avait sans doute*
» *d'autres renseignemens que ceux qui sont rappor-*
» *tés ici,* et l'ouverture, ont prouvé que cette
» dernière maladie était un rhumatisme mus-
» culaire des plus aigus.

» . . . . . .

« *Etat de la cuisse droite.* En devant, fendu
» longitudinalement, le tissu cellulaire sous-
» cutané ne présentait rien ; entre le muscle
» droit et le crural, il y avait un foyer puru-
» lent depuis l'aîne jusqu'au genou ; au des-
» sous du muscle crural, un semblable foyer,
» le long du fémur. Tous les autres espaces
» intermédiaires présentaient des foyers pu-
» rulens ; mais, en général, les faisceaux
» musculaires étaient écartés par-ci par-là, dé-
» chirés par de nombreux petits foyers puru-
» lens, comme une sorte d'infiltration muscu-
» laire. »

SECONDE OBSERVATION : COMMUNIQUÉE A LATOUR PAR MAURY, ÉLÈVE DE BICHAT. (Elle a été également rapportée tout au long par Pinel, dans la *Médecine Clinique,* p. 294, comme un cas de rhumatisme.) — Pleurésie, et peut être aussi pneumonie, chez un tuberculeux. Douleurs et collections purulentes en plusieurs parties du corps.

« Antoine Delpierre, âgé de 34 ans, ... fut
» atteint, le 7 germinal an X, d'un frisson
» général... Trois jours s'écoulèrent dans un
» état de santé douteux, puis un point doulou-
» reux s'établit au côté droit de la poitrine,
» avec toux opiniâtre, crachats peu abondans,
» de nature visqueuse ; difficulté de respirer.
» . . . . . .
» . . . . . .
» . . . . Le onzième jour, douleur dissi-
» pée, respiration libre, toux moindre, appa-
» rition de deux furoncles sur la cuisse droite,
» qui faisaient beaucoup souffrir, et *interver-*
» *tissaient* le mouvement. Le treizième jour,
» sans suppuration ; et douleur pongitive, oc-
» cupant le corps des muscles de la cuisse et de
» la jambe droites. Le quatorzième jour, dou-
» leurs transportées au bras et à l'avant-bras
» droits, à la partie moyenne et externe de l'a-
» vant-bras gauche ; apparition, en ce lieu,
» d'une *tumeur avec fluctuation;* la peau de la sur-
» face des cuisses, des jambes et des bras, se
» couvrit de plusieurs *pustules remplies d'une*
» *sérosité lactescente ;* articulation fémoro-ti-
» biale gauche douloureuse. Le vingt-neu-
» vième jour, face érysipélateuse. . . . . Le
» trentième jour, délire taciturne, éruption
» générale de *pustules* de même nature que ci-
» dessus, de la grosseur d'un gros bouton va-
» riolique. Le trente-et-unième jour, délire
» plus intense, mort.

» *Autopsie cadavérique.* 1° Poumon droit tu-
» berculeux adhérent à la plèvre costale : 2°
» articulation scapulo-humérale gonflée, la
» capsule contenant un peu plus de sérosité
» que dans l'état ordinaire, et différant de
» l'état naturel par une couleur plus jaune et
» plus épaisse que d'ordinaire : 3° le muscle
» deltoïde plus compact, et contenant des tu-
» bercules en suppuration, interposés entre
» les fibres ; 4° la tumeur de l'avant-bras gau-
» che ouverte a fourni beaucoup de pus un
» peu séreux, ayant son siége dans le corps
» même des deux radiaux ; une autre tumeur,
» alors aperçue à la partie postérieure de la
» cuisse, et ouverte, a aussi fourni du pus
» de même nature, siégeant de même dans le
» corps des demi-tendineux : 5° le côté externe
» et antérieur de l'articulation du fémur avec
» le tibia du côté gauche a aussi été rempli
» de pus, sans pénétrer la capsule : 6° enfin,
» le côté de la face le plus érysipélateux (*côté*
» *droit*), fendu par un coup de scalpel, a
» montré le tissu cellulaire de cette partie très
» infiltré. »

On conçoit, au reste, aisément, que l'inflammation et la suppuration des couches de tissu cellulaire qui se trouvent profondément situées entre les muscles, ou entre les faisceaux d'un même muscle, donnent lieu dès le principe à une erreur de diagnostic. Quels seront, en effet, les premiers symptômes d'un phlegmon profond ? Il n'y aura aucun de ces phénomènes pathognomoniques qui décèlent le phlegmon sous-cutané. La douleur, la gêne

(1) Nous désignons par le caractère italique les passages qu'il suffit, je crois, de signaler à la simple attention des lecteurs pour réfuter l'*opinion* de Latour, qui n'était que celle de Bichat, et pour appuyer notre manière de voir.

ou même l'impossibilité des mouvemens, et de là une attitude pareille à celle qu'eût entraînée le rhumatisme de la région malade: voilà tout ce que l'on pourra constater. Le médecin déclare alors qu'il y a rhumatisme. Mais le prétendu rhumatisme persiste opiniâtrément pendant plusieurs jours, et ne se guérit que par la formation et l'ouverture d'un abcès: ou bien, le mal ayant excessivement empiré et la mort étant survenue, on trouve, à l'autopsie, comme dans la première observation rapportée par Latour, des abcès situés entres les muscles profonds de la région malade. Hé! bien, malgré cela, le médecin, avec la meilleure foi du monde, aura pu persévérer, par préoccupation, dans son premier diagnostic.

Quelquefois même, pour surcroît de déception, on peut avoir affaire à des individus habituellement rhumatisans; tel est, par exemple le cas suivant, rapporté par Pinel dans sa *Nosographie philosophique*, à l'article du Rhumatisme musculaire.

« Un cultivateur, âgé de quarante ans, qui, » dix ans auparavant, avait éprouvé des douleurs rhumatismales dans les membres, se » rendit à l'Hôtel-Dieu avec des douleurs très » profondes, très intenses dans le genou droit, » qui était très gonflé, sans aucun changement » marqué de la couleur des tégumens (le malade avait d'ailleurs un hydrothorax à la suite » d'une affection chronique du poumon). Le » sixième jour, augmentation de la douleur, » gonflement de la cuisse et de la jambe, et » le lendemain difficulté extrême de respirer, » prostration des forces, et la mort. *Autopsie* » *cadavérique*. Depuis l'aîne jusqu'au genou du » membre affecté, entre le muscle droit antérieur et le crural, foyer purulent, ainsi » qu'entre le triceps crural et le fémur. Tous » les autres interstices musculaires offraient » des foyers purulens plus ou moins étendus, » avec une communication libre entre eux par » la destruction du tissu cellulaire. Le corps » des muscles indiqués ci-dessus contenaient » des foyers plus grands que ceux qui étaient » distribués dans les faisceaux charnus, dont » les uns étaient déchirés, et les autres écartés » et d'un rouge très vif, en sorte qu'on remarquait une sorte d'infiltration presque totale » de ces muscles divisés en petits foyers. Les » aponévroses et les tendons étaient intacts: » mais les tendons des muscles de la cuisse qui » s'insèrent au tibia offraient au dessous d'eux » divers foyers purulens qui communiquaient » entre eux et avec la cuisse; deux s'ouvraient » dans l'articulation: l'intérieur de cette dernière était rempli d'une matière purulente » plus liquide que celle qu'on avait trouvée » dans la cuisse, de couleur grisâtre, et semblable à un mélange de synovie et du pus des » muscles. La membrane synoviale, peu altérée sur les surfaces articulaires, était d'un » rouge livide dans la portion qui tapisse la » capsule fibreuse, et au pourtour des surfaces » articulaires: dans ces mêmes endroits, elle » était plus épaisse, moins dure et plus facile » à détacher que dans l'état ordinaire. Il en » était de même de l'articulation du tibia avec » le péroné: la matière purulente renfermée » dans les muscles, était consistante, sans » odeur marquée; sa couleur était variée, » grise, jaunâtre rouillée, etc.: dans un endroit on ne trouvait que du sang noir: l'autopsie d'ailleurs confirma l'hydrothorax, qui » avait été indiqué par le caractère particulier » des symptômes. »

Si nous avons encore ici copié complètement cette observation, qui ne nous a pas plus convaincus que les deux précédentes de la réalité des suppurations rhumatismales, c'est que nous avons voulu, je le répète, soumettre fidèlement à l'appréciation de nos lecteurs les pièces les plus authentiques qui, sous la garantie d'auteurs graves et accrédités, puissent, dans le débat en question, être produites à l'appui de l'opinion contraire à la nôtre. Nous affirmons que, parmi les observations qui ont été publiées dans le même but et que nous avons lues, il n'y en a aucune qui soit plus probante et plus décisive. On pourra donc former ici son jugement en parfaite connaissance de cause d'après celles que nous avons reproduites.

En résumé, parmi les innombrables cas d'une affection aussi fréquente que le rhumatisme musculaire, quelques auteurs ont cru avoir à signaler quelque exemple de suppuration, et cela, pour ainsi dire, de loin à loin, peut-être une fois sur mille (et certes nous ne portons pas encore assez haut le second terme de ce rapport numérique). Irons-nous donc accueillir sans défiance de pareils faits, les accepter aveuglément tels qu'on nous les donne et qu'on nous les interprète, contrairement à l'expérience de la plupart des médecins qui n'ont jamais vu le rhumatisme musculaire se terminer en abcès? Il nous semble même qu'il n'y a pas de doute possible, dans l'état actuel de la science, relativement aux cas où, comme dans la première observation rapportée par Latour et dans celle de Pinel, le pus a été trouvé en vaste collection entre les muscles d'un membre. Ce sont là, bien évidemment, des cas de phlegmon profond, d'inflammation franche et vraie du tissu cellulaire. Quant aux cas où, comme dans la seconde observation de Latour, des foyers purulens existaient dans l'intérieur même d'un ou de plusieurs muscles, ils peuvent être spécieux au premier abord. Mais, au fond, ils ne prouvent rien autre chose, sinon que le tissu cellulaire interposé entre les fibres musculaires peut s'enflammer et suppurer tout aussi bien que celui

qui se trouve situé en plus grandes masses entre les muscles ou sous la peau, ce qui était facile à prévoir par simple voie d'analogie. Maintenant, est-ce une interprétation naturelle que d'attribuer au rhumatisme musculaire, maladie si ordinaire et si commune, ces exemples rares et exceptionnels de suppuration interfibrillaire? N'est-il pas plus rationnel de les rapporter à toute autre origine? A l'époque où furent publiées les observations de ce genre, on ne connaissait pas comme aujourd'hui les faits de résorption, ou, si l'on aime mieux, d'infection purulente : c'est peut-être à cette dernière catégorie que, mieux interprétées, elles devraient appartenir aujourd'hui: toujours est-il que l'interprétation qu'on a voulu y donner aurait besoin de nouveaux faits pour être confirmée. Ce sont des cas rares et curieux ; mais il est probable que le rhumatisme n'y entrait pour rien, pas même comme cause occasionnelle. A plus forte raison doit-on le déclarer innocent à l'égard des cas où l'on a vu tous les muscles de la cuisse convertis en une bouillie purulente, la membrane synoviale du genou perforée en divers points, avec érosion des cartilages articulaires, etc. Quel médecin songerait aujourd'hui à rapporter de pareils désordres au rhumatisme? Ces faits, sans contredit, sont intéressans pour l'anatomie morbide du système musculaire ; mais ils sont étrangers à la pathologie du rhumatisme musculaire, dont l'existence est indépendante d'une lésion anatomique appréciable.

Après cela, nos lecteurs ne devront pas s'étonner que nous n'ayons pas consacré dans cet ouvrage une section particulière au psoïtis, espèce nosologique que quelques médecins contemporains ont établie comme inflammation ou rhumatisme du muscle psoas, et qui, disent-ils, se termine souvent par suppuration. Dans ce dernier cas, qui est le seul, effectivement, où cette maladie mérite d'être décrite à part, nous ne voyons plus là un rhumatisme, mais une inflammation phlegmoneuse, assez souvent consécutive à la rupture du muscle par suite d'un effort violent. D'après les observations détaillées que nous avons lues dans les recueils périodiques ou dans les thèses inaugurales, le muscle psoas, lors même qu'il est rompu, ne contient point de foyers purulens dans son intérieur ; il se trouve simplement ramolli au milieu d'une collection de pus amassée dans sa gaîne tendineuse.

SECTION II.

Rhumatisme musculaire dans les diverses régions de la tête.

§ Ier. — Dans la région épicrânienne.

A la tête, le rhumatisme de la couche fibro-musculeuse qui revêt la voûte du crâne, mérite de nous occuper particulièrement.

Parmi le petit nombre de médecins qui en ont fait mention, quelques-uns lui ont appliqué le nom de *gravedo*, par analogie de terminaison, sans doute, avec celui de lumbago. L'usage a exclusivement consacré ce dernier mot à signifier une affection rhumatismale. Mais il n'en est pas de même du mot *gravedo*, qui dans la bonne latinité sert à désigner en général toute pesanteur de tête, et qui n'a pas pris jusqu'à présent droit de bourgeoisie dans le vocabulaire médical à titre de terme technique et spécial. Nous employons donc la dénomination de *rhumatisme épicrânien*, dénomination longue, il est vrai, mais qui, à défaut de concision, a du moins l'avantage d'être comprise sur le champ par tout le monde.

Rarement le rhumatisme épicrânien est la première manifestation de la prédisposition rhumatismale. Le plus souvent, il ne se déclare que chez des sujets qui ont déjà éprouvé d'autres rhumatismes, soit articulaires, soit musculaires. C'est ainsi qu'Arétée le signale d'une façon évidente dans son chapitre, déjà cité plus haut, Περὶ Ἀρθρίτιδος. Un instant avant d'écrire ces lignes, je viens d'en observer un cas chez un malade en ville ; et ce malade est un goutteux, actuellement même en proie à une attaque, et chez lequel une douleur excessive, toute superficielle, vivement exaspérée par la pression la plus légère, et, pour ainsi dire, par le seul contact de ma main, s'est déclarée sur toute la surface du front, aux paupières, aux tempes, et dans toute l'étendue de la région sincipitale, immédiatement après l'apaisement des douleurs articulaires de l'un et de l'autre pied. (Prévenons nos lecteurs, une fois pour toutes, que nous mentionnons ici et qu'en toute occasion nous mentionnerons encore la goutte comme rhumatisme articulaire : nous consacrerons une section de ce livre à la démonstration de cette manière de voir.)

Le rhumatisme épicrânien, surtout s'il survient accidentellement chez un sujet qui ne soit pas rhumatisant d'habitude, reconnaît la plupart du temps pour cause occasionnelle l'impression du froid sur le cuir chevelu en sueur. Aussi se présente-t-il de préférence chez les individus dont la transpiration est naturellement abondante, et surtout à l'âge où la tête devient chauve, c'est-à-dire, de 35 à 45 ans environ.

Il peut occuper la totalité de la voûte crânienne, ou bien se borner à une seule région. Il est tantôt fixé à la nuque, tantôt au vertex, tantôt au sinciput. Quelquefois il envahit régulièrement une moitié latérale du crâne; c'est la véritable hémicrânie.

La douleur augmente dans les mouvemens du muscle occipito-frontal, ou par une pression

extérieure. Le poids du chapeau, par exemple, peut devenir intolérable. Quelquefois, en outre, il y a exaspération de la douleur par toutes les circonstances qui déterminent vers la tête afflux de sang ou surcroît de chaleur; certains malades ne peuvent se couvrir sous peine de souffrances atroces, ni surtout endurer la chaleur de l'oreiller; ils sont ainsi condamnés à rester nuit et jour debout, ou du moins sur leur séant. Si l'on examine la partie affectée, on n'y trouve point ce gonflement œdémateux, qui est propre à l'érysipèle du cuir chevelu.

C'est bien moins sur l'absence de coloration que sur le défaut d'œdème qu'il faut écarter du diagnostic l'idée de l'érysipèle. Un coryza peut produire une vive douleur dans l'une des moitiés latérales du front, mais la présence des autres symptômes ne permet point de méprise. Ce qui est le plus embarrassant pour le diagnostic, c'est que certaines affections intracrâniennes donnent aussi lieu à l'hémicranie proprement dite, douleur d'ailleurs assez rare, quoi qu'en puisse faire penser la fréquence de la migraine, dont le nom est dérivé d'émicranie par corruption. Mais interrogez les personnes en proie à ce qu'on nomme vulgairement migraine : elles n'accuseront presque jamais de leurs souffrances un côté tout entier de la tête, mais toujours une portion plus restreinte. Quand la céphalalgie est sympathique, elle n'occupe jamais non plus une moitié latérale de la tête : si elle est bornée à une moitié, c'est toujours la moitié antérieure, le front, qui en est le siége; si elle est universelle, il faut, en général, en chercher le point de départ dans le ventre et dans la poitrine, et non pas dans la tête même. L'émicrânie seule se rattache toujours à une affection idiopathique de la tête. Mais, nous l'avons déjà dit, en mainte occasion, il sera malaisé de décider si l'affection est intracrânienne, ou bien si elle n'est qu'un rhumatisme épicrânien. Néanmoins, dans la grande majorité des cas, par la notable exaspération de la douleur consécutivement à la contraction de l'occipito-frontal, par l'absence de tout symptôme insolite, par la considération des circonstances commémoratives, comme rhumatismes antécédens, etc., et surtout aussi par la considération des rhumatismes concomitans, on pourra établir, moitié négativement et par exclusion, moitié affirmativement et par raison directe, le diagnostic du rhumatisme épicrânien.

Voici par exemple, un cas observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu, dans lequel le rhumatisme épicrânien se manifesta bien évidemment.

Ire OBSERVATION (1).

Première attaque de *fièvre rhumatismale*, à 50 ans sans disposition héréditaire. Causes probables : habitation dans une maison fraîchement bâtie, comme cause prédisposante; refroidissement par l'effet de la pluie, comme cause occasionnelle. Entre autres points rhumatisés, RHUMATISME ÉPICRANIEN. Persistance du mouvement fébrile pendant 24 heures, malgré la cessation des douleurs locales. Retour de ces douleurs. Développement d'une névralgie crurale et d'une névralgie sciatique. Guérison après un mois et demi.

Le 4 février 1834, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 17, le nommé Leclerc (Charles), ouvrier sur les ports, âgé de 50 ans. Cet homme, né de parens sains, doué lui-même d'une assez forte constitution, jouit d'une santé habituellement bonne; seulement, il y a dix ans il éprouva à l'épaule gauche une douleur qui l'a empêché de travailler pendant quelque temps. Il habite depuis six mois une maison nouvellement construite. Le jeudi 30 janvier, il se trouva tout mouillé d'une pluie abondante et froide; le soir même de ce jour, il fut pris de frissons avec altération de la voix et avec de la toux; il se mit autour du cou un cataplasme de carottes broyées. Le 31 au matin, il se réveille avec une extinction de voix; il retourne à son travail accoutumé, mais il est forcé d'y renoncer, une heure avant la fin de la journée, par le frisson qui le saisit avec douleurs vagues dans les membres; il rentre chez lui, s'assied, et ne peut plus se relever, à raison d'une douleur fort vive des deux genoux; il est mis au lit.

Dès lors la fièvre n'a pas cessé; il y a eu constamment céphalalgie, insomnie, un peu de toux, quelques crachats, perte complète d'appétit, et constipation : les douleurs ont gagné successivement les mollets, les articulations tibio-astragaliennes, les pieds, et ont enfin attaqué, le 4 février, les membres supérieurs aux épaules, aux poignets et aux mains; elles ont à peu près la même intensité le jour et la nuit.

Le 5 février au matin, voici quel était l'état du malade, lors de la visite de M. Chomel. Gonflement remarquable, et douleur des deux genoux, et surtout du gauche; la rotule gauche est séparée des surfaces articulaires correspondantes par un intervalle d'une à deux lignes, et au dessus de son bord supérieur il y a une tumeur avec évidente fluctuation; la rotule droite touche encore les condyles du fémur. Gonflement et douleur encore plus considérables, avec rougeur, vers la malléole interne du côté gauche. Extrême sensibilité à la pression dans l'un et l'autre pied, sans tuméfaction notable. Douleur et gonflement du poignet gauche, et des doigts du même côté; ces parties sont en état d'extension, la flexion est tout-à fait impossible. Mêmes symptômes au poignet et aux doigts du côté droit, mais à un moindre degré d'intensité. CÉPHALALGIE GÉNÉRALE RAPPORTÉE PAR

(1) Recueillie par M. Patrouillet, sous les yeux de M. Chomel.

LE SENTIMENT MÊME DU MALADE A LA SURFACE DU CRANE, ET S'EXASPÉRANT UN PEU, EN EFFET, PAR LA PRESSION, COMME S'IL Y AVAIT EU CONTUSION DES TEGUMENS DE LA TÊTE. Voix sourde et comme éteinte: douleur au larynx; l'articulation des sons n'augmente en rien cette douleur, la déglutition non plus. Bonne sonorité de la poitrine à la percussion : râle sibilant, en arrière, des deux côtés; quelques crachats muqueux ; quelques efforts de vomissement en toussant. Nulle douleur abdominale. Pouls médiocre, et fréquent (92). Peau moite, soif vive, presque complète. (Prescription : *saignée. 4 pal. potion gommeuse; petit lait, un pot tis. de chiend. miell. nitr. 2 pots; clyst. émoll. diète.*) Saignée couenneuse.

6 février. Persistance de la céphalalgie. Mêmes articulations rhumatisées. Picotemens dans les jambes : douleurs très vives dans les bras, exaspérées d'une façon insupportable par le plus léger contact. Retour de la voix à son timbre naturel : plus de toux. Continuation de l'appareil fébrile. (Prescr. : *ut suprà, moins la saignée*).

7 février. Le malade a très-bien dormi. Plus de céphalalgie : plus de douleur dans les membres, il ne reste qu'un sentiment de pesanteur là où siégeaient hier les plus vives souffrances. Retour de l'appétit. Soif médiocre. Pas de selles malgré les clystères. Pouls plein, fort, et fréquent (95). M. Chomel prédit la réapparition prochaine des douleurs. (Prescr. : *ut suprà,* plus, 2 *crêmes de riz, et* 2 *bouillons.*)

8 février. Les douleurs ont reparu avec la même intensité qu'auparavant dans le poignet et les doigts du côté droit, et au pouce du côté gauche. La tête est redevenue douloureuse au plus léger contact. Raideur, sans douleur, aux jambes, aux cuisses et aux hanches. Peu de fièvre. (Prescr. : *ut suprà.*)

9 février. Même état, plus une pleurodynie à droite. (Prescr. : *saignée, 2 pal.; petit lait tamariné; chiend. miell. nitr.; clyst. de pariétaire; 2 bouillons, 3 tass. de lait.*)

10 février. Le rhumatisme épicrânien a disparu pour ne plus revenir.

Depuis lors jusqu'au 18, l'affection rhumatismale a occupé tour-à-tour diverses articulations avec d'irrégulières variations, dans son intensité : par deux applications de sangsues, on l'a délogée, une fois du poignet droit, une autre fois, de la région lombaire ; mais chaque fois elle ne fut que délogée, mais non détruite; elle se localisait bientôt dans un nouveau siége.

Le 18 février, il survint, en outre, des douleurs dans le trajet du nerf crural droit : le pouls était devenu lent (63). M. Chomel prescrivit dès lors un bain tous les jours, deux gros de sirop d'opium pour le soir.

Le 20 février, les douleurs rhumatismales et la névralgie disparurent comme par enchantement après un bain.

Le 23, réapparition de douleurs rhumatismales médiocrement intenses, qui voyagèrent d'un endroit à l'autre pendant les jours suivans, après s'être, par deux fois, suspendues momentanément ; la douleur du nerf crural droit se manifesta de nouveau, il survint aussi une douleur sourde et continue dans le trajet du nerf sciatique gauche : après la cessation de ces névralgies, il y eut encore quelques douleurs rhumatismales jusqu'au 8 mars. Le malade resta encore sept jours à l'hôpital, dormant et mangeant bien, sans aucune espèce d'incommodité : il sortit donc parfaitement guéri le 15 mars.

Nous avons inséré ici cette observation à l'occasion du rhumatisme épicrânien, dont elle offre un exemple bien net, bien tranché, bien incontestable. Mais nos lecteurs, en la parcourant, doivent s'être convaincus qu'ainsi que nous l'avions indiqué dans le résumé en petits caractères, elle offre une foule d'autres circonstances intéressantes pour l'histoire des affections rhumatismales. Il en sera à peu près de même de toutes les observations détaillées que nous produirons dans cet ouvrage : elles mériteront l'attention de nos lecteurs, non seulement relativement à la circonstance à propos de laquelle elles trouveront place, mais encore sous d'autres points de vue. C'est pour cette raison même que nous avions un moment songé à placer toutes les observations à la fin du volume ; et nous y aurions renvoyé dans le courant de l'ouvrage chaque fois qu'il aurait été question d'une proposition qu'elles tendent à appuyer. Mais, toutes réflexions faites, nous avons pris le parti de les disséminer, dans l'idée qu'elles seront plutôt lues ainsi une à une et isolément, que si elles se trouvaient toutes entassées en un même endroit. En tête de chaque observation nous avons noté les points capitaux ; et nous y renverrons, quand nous le croirons utile.

Encore une remarque : c'est sur cette épithète de *probable* ajoutée aux causes que nous croyons devoir signaler. Qu'il n'y ait point de méprise à cet égard. C'est par rigueur de logique que nous mettons cette restriction. D'un seul fait, on ne peut tout au plus conclure en matière d'étiologie qu'une simple probabilité. Mais comme cette probabilité se répète souvent, comme le rapport de succession entre l'impression prolongée ou subite du froid et de l'humidité et la production du rhumatisme est un fait ordinaire et commun, la probabilité parvient à un degré voisin de la certitude, et le rapport de succession a droit d'être considéré comme un rapport de causalité. Car, dans les sciences physiques, *post hoc, ergo propter hoc* n'est un paralogisme qu'autant qu'on applique cette manière de raisonner à

quelques cas isolés. *Post hoc* SEMEL, *aut* BIS, *ergo propter hoc:* c'est là que gît la source des erreurs. *Post hoc* SÆPIUS, *ergo*, etc., voilà la probabilité. *Post hoc* SEMPER, *ergo*, etc., voilà où serait la certitude, si dans le ressort de la médecine il était possible de dire: *tel ou tel fait arrive toujours.*

Nos lecteurs verront encore un cas de rhumatisme épicrânien dans notre XVIe observation.

Disons quelques mots du traitement de ce rhumatisme.

Il ne convient guère d'appliquer tout d'abord les sangsues sur le siége même du mal qu'autant qu'il y a calvitie. Car, autrement, il faudrait raser préalablement le cuir chevelu, ce qui serait une opération douloureuse dans une telle circonstance; puis, d'ailleurs, les malades répugnent à se condamner, sans nécessité absolue, à cette calvitie artificielle. Ainsi donc, dans un bon nombre de cas, on devra se borner à prescrire au patient d'avoir la tête nue, ou simplement garnie d'un léger serre-tête, et à lui faire appliquer deux ou trois fois les sangsues aux tempes ou derrière les oreilles. Cependant, si ces premières applications sont complètement infructueuses, il faudra enfin prendre le grand parti; on fera raser la tête, on y appliquera encore les sangsues, puis un vésicatoire.

Le rhumatisme épicrânien vient-il à se reproduire souvent à des intervalles plus ou moins éloignés, ou même à persister sous le type chronique: ce que l'on conseille ordinairement au rhumatisant, c'est de se vêtir la tête fort chaudement, de porter, par exemple, une calotte de laine, et, par dessus, un serre-tête de taffetas gommé, afin de s'opposer le plus possible à la déperdition de la chaleur naturelle. Cependant il arrive quelquefois que la tête souffre d'être trop couverte, et qu'alors les douleurs rhumatismales s'exaspèrent par les moyens mêmes qu'on leur oppose. Puis, d'ailleurs, ce mode de traitement, même dans les cas où il est efficace contre le rhumatisme, a le grave inconvénient de disposer aux congestions cérébrales et aux apoplexies. Il faut donc y renoncer chez les individus qui donnent les plus légers indices d'une si dangereuse disposition. Il faut alors suivre une marche toute contraire; au lieu de préserver du froid la partie rhumatisée, on cherchera à la tonifier, à l'endurcir, à en diminuer l'impressionnabilité. On diminuera progressivement l'épaisseur des coiffures, on les fera peu à peu d'une étoffe de plus en plus fraîche et légère, et on pourra même avec succès aller jusqu'à laisser la tête entièrement découverte. Voilà pour l'hygiène. Quant à la thérapeutique, elle nous fournira, dans le même but, les affusions froides.

§ II. — Dans les autres régions de la tête.

Comme la région épicrânienne, d'autres régions de la tête peuvent encore, mais plus rarement, devenir le siége du rhumatisme musculaire.

M. Chomel a quelquefois observé le rhumatisme du muscle crotaphyte, d'où résultaient douleur et gêne dans l'élévation de la mâchoire inférieure, spécialement lors de la mastication.

Nous n'avons jamais observé le rhumatisme des muscles de la joue, et, en lisant les auteurs qui ont prétendu en avoir vu des exemples, nous avons été disposé à croire que c'étaient des cas de névralgie ou de paralysie faciales. Nous conseillons de consulter, à ce propos, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2e année, no X, et 3e année, no I), le mémoire de M. Bérard aîné sur les fonctions du nerf facial et la paralysie de la face. Ce savant professeur démontre évidemment que certaines hémiphlégies faciales, plus ou moins rapidement survenues sans blessure ni aucune altération appréciable du nerf de la septième paire, sans trouble de l'intelligence et sans paralysie des membres, *hémiplégies rhumatismales* des Anciens, considérées à tort aujourd'hui par la plupart des médecins comme étant toujours le symptôme d'une affection cérébrale, doivent être attribuées à une affection locale du nerf. Dans beaucoup de cas, il est vrai de reconnaître que l'affection locale du nerf facial pourra être rattachée avec quelque apparence de raison à une cause rhumatismale générale, comme le cas de névralgie crurale et sciatique qu'on vient tout-à-l'heure de lire dans notre Ire observation. Mais, c'est là une vue qui, juste ou fausse, est étrangère au paragraphe actuel, et sur laquelle nous reviendrons ailleurs.

M. Chomel a vu les mouvemens des paupières devenir douloureux chez des sujets rhumatisans. Moi-même aussi j'ai été témoin du rhumatisme palpébral: c'était, comme nos lecteurs se le rappellent encore sans doute, chez ce malade que j'ai cité dans le paragraphe précédent comme un exemple de rhumatisme épicrânien.

Le rhumatisme des muscles des yeux a été signalé par Stoll. (*Ratio medenti.* III. 91.) Au mois de septembre 1779, sous le règne d'une constitution rhumatismale, l'illustre praticien de Vienne en observa, à ce qu'il paraît, des cas dans lesquels il y eut strabisme et diplopie; mais pourtant la description qu'il donne laisse quelque chose à désirer, et, par conséquent, permet quelque doute. Mais l'observation suivante nous fournit un exemple incontestable du rhumatisme des muscles oculaires.

IIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme des muscles des yeux : diathèse rhumatismale héréditaire. Fièvre tiphoïde survenue postérieurement. Mort.

Le 19 juillet 1815, Rabure (Marie), domestique, âgée de 28 ans, fut admise à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 57.

Cette femme, d'une forte constitution, d'un embonpoint médiocre et d'une stature moyenne, au teint basané, aux yeux bruns et aux cheveux châtains, était née de parens rhumatisans : son père était très fréquemment affecté de rhumatismes articulaires, et sa mère, à qui elle ressemblait beaucoup, en avait été plusieurs fois atteinte. Depuis long-temps elle-même était sujette à des douleurs rhumatismales vagues, qui occupaient tantôt les genoux tantôt les épaules, rarement quelque autre partie, mais qui d'ailleurs n'avait jamais été assez vives pour empêcher tout-à-fait le mouvement des articulations affectées, et ne duraient guère que quatre à cinq jours.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, Marie R*** avait été prise d'une douleur rhumatismale à la nuque, variété de torticolis, qui ne lui permettait point de tourner la tête à droite et à gauche ; puis elle avait été prise, en outre, d'une même douleur aux yeux, de sorte qu'elle ne pouvait pas non plus les remuer en aucun sens, les élever ou les baisser, les porter en dedans ou en dehors, sans éprouver de vives souffrances. Elle tournait le corps entier lorsqu'elle voulait voir un objet situé de côté : la tête demeurait immobile sur la colonne vertébrale, comme les yeux dans leurs orbites.

On observa ces seuls symptômes pendant trois jours, avec un peu d'anorexie, ils diminuèrent graduellement, et enfin disparurent au bout de ce temps. Mais ensuite on vit se développer une fièvre continue avec symptômes bilieux et ataxiques (comme on disait alors), c'est-à-dire, selon notre vocabulaire actuel, une fièvre typhoïde, laquelle amena à la longue la mort de la malade.

A l'autopsie on ne trouva rien qui pût expliquer anatomiquement le rhumatisme de la nuque et des yeux.

Dans l'observation précédente, nous ne voyons point le strabisme ni la diplopie accompagner, comme dans les cas rapportés par Stoll, le rhumatisme des muscles oculaires. Ce n'est pas que nous répugnions à croire que ces accidens puissent réellement être la conséquence d'une affection rhumatismale. Nous concevons fort bien, au contraire, que, par suite de la douleur inhérente à la contraction des muscles rhumatisés, il y ait cessation de parallélisme et d'harmonie entre les mouvemens des deux yeux, de la même façon que se produit la vicieuse situation de la tête sur le cou dans le rhumatisme de cette dernière partie : et ce strabisme accidentel une fois déterminé, la double vision en est le résultat forcé. Mais Stoll a omis de mentionner le caractère propre, le signe pathognomonique du rhumatisme : il ne nous dit pas, en effet, si chez les sujets soumis à son observation, les mouvemens du globe oculaire étaient accompagnés de douleurs qui les rendissent, sinon impossibles, au moins, très difficiles; c'est cette dernière circonstance, circonstance capitale et seule caractéristique, qui ne permet aucun doute relativement à l'observation de M. Chomel.

Que dans cette observation on ait eu à signaler l'absence des traces anatomiques dans les parties précédemment rhumatisées, nous avouons que cela n'a pas grande valeur, et nous n'en avons parlé que pour mémoire. Car le rhumatisme avait cessé depuis quelques semaines, lorsque la mort arriva par suite de la maladie grave postérieurement survenue. Or, le rhumatisme musculaire eût-il pour caractère une lésion anatomique appréciable, cette lésion pourrait bien ne laisser aucune trace après un certain laps de temps. Ce n'est point à raison de faits semblables que nous soutenons que le rhumatisme musculaire est indépendant d'une lésion anatomique visible et palpable. C'est qu'à en juger par le silence général des anatomo-pathologistes, il a dû y avoir pareillement absence complète de caractères anatomiques chez les individus qu'une maladie intercurrente ou un accident quelconque ont frappés de mort pendant le cours même d'un rhumatisme musculaire.

L'observation suivante de Morgagni prouve que la langue elle-même est susceptible de se rhumatiser.

OBSERVATION. — Rétrocession d'une maladie cutanée ; douleurs rhumatismales dans tout le corps, avec fièvre ; rhumatisme de la langue et du pharynx.

« Le second individu se trouvait atteint d'une » affection tout-à-fait semblable à celle du » premier malade quant à l'ulcération de la » peau et aux croûtes (2), affection qui avait » d'abord attaqué les bras, bientôt après, les » jambes, puis enfin quelques autres parties. » Par le conseil de je ne sais qui, il se couvrit

(1) Recueillie par M. Chomel.

(2) Morgagni a assimilé l'affection du premier malade à ce que l'on appelle *achores* chez les jeunes enfans. (Teigne laiteuse ou muqueuse, croûtes laiteuses : *Achor mucifluus*, dans la dernière nomenclature du professeur Alibert.)

» d'une chemise imprégnée de vapeur de sou-
» fre, il fit ainsi disparaître presque entière-
» ment la maladie cutanée, mais il fut aussi-
» tôt saisi de douleurs rhumatismales dans tout
» le corps avec accompagnement de fièvre. Ces
» douleurs l'empêchaient non seulement de
» reposer durant la nuit, mais même, pendant
» le jour, de se retourner dans son lit. Il y a plus,
» elles commençaient à envahir la langue et
» l'arrière-bouche. » (Morgagni, Ep. LV. 3.)

Je ne sache pas qu'il y ait eu jusqu'à présent, dans les fastes de la science, d'autre observation que celle-là, pour établir la réalité du rhumatisme lingual, que d'ailleurs par analogie on était bien en droit de regarder *à priori* comme possible. Mais désormais le fait Morgagni ne sera plus le seul et l'unique. Car nous pouvons y ajouter un fait semblable, qui a été observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu et que les lecteurs rencontreront dans notre Xe observation.

Les muscles du pharynx sont plus fréquemment atteints de rhumatisme qu'on ne le pense communément, car ce rhumatisme pharyngien est confondu par la plupart des médecins, sous le nom d'angine, avec la pharyngite ou inflammation de la membrane muqueuse. Voici un exemple incontestable de cette affection dans l'observation suivante, que j'ai moi-même recueillie à une époque où j'étais intérimairement chargé du service clinique de l'Hôtel-Dieu.

IIIe OBSERVATION (1).

Aménorrhée : douleurs rhumatismales musculaires et articulaires très mobiles ; RHUMATISME PHARYNGIEN.

Le 18 septembre 1834, Eugénie Dombes, ouvrière fleuriste, âgée de 16 ans, entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Lazare, n. 1). Cette jeune fille, d'une constitution médiocrement forte, et d'un teint assez coloré, n'avait encore eu qu'une fois le flux menstruel et cela, il y avait deux mois, pendant un jour et demi seulement; cependant, à considérer le développement des glandes mammaires, et celui du système pileux des aisselles et des parties génitales, la puberté paraissait confirmée ; il y avait donc, rigoureusement parlant, aménorrhée. Céphalalgie habituelle depuis l'éruption imparfaite des règles. Quinze jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, les deux jambes avaient été prises de douleurs qui, d'abord légères, puis de jour en jour plus intenses, avaient fini par se transporter aux genoux, aux cuisses et ailleurs ; la cuisse gauche avait été, quelque temps auparavant, le siége d'une éruption de *plaques rouges* (urticaire).

Le 19 matin, lors de la visite, voici l'état de la malade. Genou gauche douloureux à la pression, et par le mouvement, mais non au point d'être condamné à une immobilité absolue ; il n'y a, d'ailleurs, ni tuméfaction, ni rougeur extérieure. Douleur excessivement vive dans la cuisse gauche, depuis la hanche jusqu'au genou, suivant le trajet du muscle couturier. Douleurs dans l'une et l'autre épaule. Point de fièvre : appétit bon. (*Saignée, 2 palettes ; cataplasmes émolliens laudanisés ; tisane de chiendent ; quart de portion.*)

Le 20, les douleurs du membre inférieur gauche sont un peu moindres que la veille, l'épaule droite est complètement dégagée, l'épaule gauche est toujours un peu endolorie ; toujours même apyrexie ; la malade avait parfaitement bien dormi. (*Catap. laudan. ; tis. de chiend. ; quart.*)

Le 21, toutes les douleurs rhumatismales de la veille ont complètement disparu, mais le cou est devenu un peu douloureux en arrière. (Prescription : *ut suprà.*)

Le 22, le cou n'est plus douloureux en arrière, mais à sa partie latérale gauche, au dessous de l'angle de la mâchoire : les mouvemens de flexion, d'extension et de circumduction du cou exaspèrent la douleur, mais d'une façon peu vive. Gêne légère dans la déglutition ; la muqueuse pharyngienne n'offre point de rougeur inflammatoire ; les amygdales sont toutes deux un peu proéminentes. Les épaules sont redevenues douloureuses, la gauche un peu plus que la droite. Toujours même absence de fièvre, bon sommeil, bon appétit, bonne digestion ; la malade demande qu'on lui augmente sa nourriture. (*Catap. laud. ; frictions avec le baume tranquille ; gargarisme adoucissant ; demi-portion.*)

Le 23, mêmes douleurs scapulaires ; légère diminution du torticolis et de la dysphagie ; toujours même absence de rougeur morbide au pharynx, même proéminence des amygdales, et en particulier de la gauche. (Prescript. ; *ut supra.*)

Le 24, diminution des douleurs scapulaires : disparition complète de la dysphagie, et cependant les amygdales offrent la même proéminence que les jours précédens. (*Frict. avec le baume tranq. ; infusion d'armoise ; demi-port.*)

Le 25, bien-être complet. La proéminence des amygdales est toujours la même. (*Inf. d'arm. ; trois-quarts de port.*)

Le 1er octobre, veille de l'*exeat*, c'est-à-dire sept jours encore après la cessation absolue de la dysphagie, j'eus soin de faire constater à toutes les personnes qui suivaient la visite clinique, que la proéminence des amygdales était restée la même. Il fut alors bien évident que le volume anomal de ces glandes n'avait point eu de part, comme on avait pu d'abord le croire,

(1) Recueillie par M. Requin.

à la production de la dysphagie, et que cette sorte d'angine sans rougeur inflammatoire, sans supersécrétion ni altération du mucus pharyngien, était de même nature que les douleurs rhumatismales si mobiles auxquelles elle avait succédé.

Nos observations Xe et XVIe fournissent encore d'autres exemples de rhumatisme pharyngien.

Quant au traitement de ces douleurs rhumatismales des tempes, des paupières, des yeux ou du pharynx, comme elles surviennent presque toujours dans le cours d'une attaque plus ou moins générale de rhumatisme, et qu'elles se dissipent, d'ordinaire, assez promptement, elles ne réclament guère l'emploi de remèdes particuliers; au besoin, on userait des sangsues, des dérivatifs, etc.

SECTION III.

Rhumatisme des muscles du cou, ou torticolis.

Le rhumatisme des muscles du cou, ou torticolis, mérite d'arrêter quelques instans notre attention. La plupart du temps, il est vrai, c'est une affection si légère et si courte, qu'on se dispense de consulter le médecin. Mais il arrive aussi quelquefois que la douleur soit très vive, ou que la durée du mal soit par trop longue; alors, le patient appelle notre art à son aide.

Le torticolis (*tortum collum*, cou tors) est ainsi nommé, à cause de la position du cou, qui ne peut alors se tenir que de travers et dans un état de torsion. Mais, à la vérité, d'autres causes que le rhumatisme peuvent déterminer cette anomale situation. Ces causes sont même nombreuses. Un furoncle, un érysipèle, un phlegmon sous-cutané ou profond, la destruction de la peau par une brûlure, une cicatrice vicieuse, la paralysie ou la convulsion des muscles, l'engorgement des ganglions cervicaux, une tumeur squirrheuse dans le muscle sterno-mastoïdien, la luxation des vertèbres cervicales et leur inégal développement, ou même enfin une mauvaise habitude contractée dès l'enfance: voilà autant de circonstances qui contournent le cou et inclinent la tête, et auxquelles on applique souvent le nom de torticolis, et cela, sans doute, à bon droit d'après l'étymologie. Cependant, le torticolis rhumatismal étant de tous le plus fréquent, l'usage a généralement prévalu, parmi les médecins, de le désigner sans épithète, et d'une manière absolue. Quelques auteurs ont proposé le mot *obstipité* (de *obstipus*, vieux mot latin qui ne se trouve, je crois, que dans Plaute, pour désigner avec une énergique concision quiconque a le cou de travers): mais ce mot, dont la souche est si peu connue, a trouvé peu de voix qui le répétassent.

Le torticolis succède ordinairement à l'impression de l'air sur le cou, surtout quand cette partie se trouve préalablement fort échauffée et en sueur.

La disposition de nos lits, en particulier, laisse le cou très accessible à l'action du froid pendant la nuit. Tandis que la tête est enveloppée de bonnets, et que le corps est garanti par les couvertures, le cou seul reste souvent exposé à l'air, dont la fraîcheur exerce une influence d'autant plus nuisible que toutes les parties sont chaudes et quelquefois humectées par une douce moiteur. Aussi, comme tant de médecins l'ont observé, est-on souvent appelé par des personnes qui, à leur réveil, ne peuvent remuer le cou, et sont obligées de le tenir dans la situation inclinée qu'il avait sur l'oreiller. Et remarquons ici comme la prédisposition à se rhumatiser semble naître de l'habitude que telle ou telle région du corps a d'être vêtue. La face, qui reste en tout temps exposée à toutes les injures de l'air, ne se rhumatise jamais ou presque jamais. Comme la région épicrânienne, le cou, dans notre costume moderne, est habituellement couvert; comme elle, il paie souvent tribut au rhumatisme. Cela dit, on comprend aisément pourquoi le torticolis est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il faut en accuser la mode obligatoire des cravates pour le sexe masculin. Beaucoup de torticolis surviennent pour une cravate dénouée et défaite mal à propos, le corps étant en sueur. Néanmoins le refroidissement n'est pas la seule et unique circonstance qui occasionne le torticolis. Ce rhumatisme succède aussi fort souvent à un mouvement violent, à un effort excessif des muscles du cou. Notons, d'ailleurs, que, de toutes les affections rhumatismales, le torticolis est celle qui semble exiger le moins de prédisposition de la part de l'individu, et se produire le plus facilement par la seule influence des causes extérieures que nous venons de signaler.

Voici maintenant par quels symptômes le torticolis se caractérise. L'attitude seule du patient annonce même de loin la maladie. La tête est tournée et penchée d'un côté; elle demeure fixe sur le cou dans une certaine situation qu'il est presque impossible de changer. Pour regarder du côté opposé, le malade meut le tronc tout d'une pièce, ou prend à deux mains sa tête, qu'il fait alors pivoter comme un corps inerte; car les mouvemens qui exigent la contraction des muscles du cou produisent une douleur aigue; les mouvemens passifs sont beaucoup moins douloureux; dans un état de repos parfait, on n'éprouve que de la torpeur, mais non de la douleur. Le sommeil est nul, ou péniblement interrompu: car les malades une fois endormis oublient leur mal et remuent leur cou; aussitôt une horrible souffrance leur fait payer cher cette inadvertance; ils ne s'assoupissent donc un instant que pour être chaque fois cruellement réveillés.

Nous avouons ici, et nous l'avons déjà dit ailleurs, qu'un phlegmon profond pourrait être méconnu dans le début, et être aisément pris pour un cas de rhumatisme. Mais, sans parler du furoncle, de l'érysipèle, du phlegmon sous-cutané, des brûlures et des cicatrices, toutes choses qu'il suffit de regarder pour éviter la méprise, y a-t-il encore d'autres erreurs de diagnostic à craindre ?

Certes, il faudrait une grande légèreté pour s'en laisser imposer par la paralysie ou la convulsion de certains muscles du cou; car, dans le premier cas, on peut ramener la tête à sa rectitude naturelle sans produire aucune douleur; dans le second cas, la raideur tétanique des muscles est toujours perceptible, sinon à la vue, du moins au toucher.

Les engorgemens ganglionnaires d'un seul côté du cou et les lésions des vertèbres cervicales peuvent quelquefois entraîner une attitude semblable à celle du torticolis : et souvent même les parens se plaisent, dans les illusions de leur tendresse, à déguiser, sous ce nom peu redoutable de torticolis, une difformité du plus sinistre augure, un symptôme grave d'affection scrofuleuse ou rachitique. Mais le médecin, attentif aux circonstances anamnestiques, aux symptômes concomitans, ne pourra guère se méprendre. Ce n'est que dans le cas de torticolis chronique (cas extrêmement rare) qu'il pourrait y avoir matière à difficulté. En effet, le rhumatisme, en se perpétuant opiniâtrement, et en prolongeant long-temps l'inclinaison de la tête et la torsion du cou, peut, à la longue, amener des altérations notables dans la conformation des os, de même que l'altération primitive des os amène consécutivement une attitude contournée du cou. Mais la manière dont sera survenue cette attitude anomale, devra éclairer le diagnostic.

La première indication qu'il faille remplir dans le traitement du torticolis vrai, ou torticolis rhumatismal, qui seul doit ici nous occuper sous le point de vue thérapeutique, est de soustraire la partie malade à l'impression de l'air froid. On y pourvoira donc en enveloppant le cou d'un mouchoir rembourré de laine grasse, ou de ouate sèche, en guise de cravate. Il sera bon aussi de prescrire des bains tièdes où le malade sera plongé jusqu'à la bouche. En cas de douleur aiguë, les sangsues produisent presque toujours un bien-être immédiat; quelques heures après leur application, les souffrances se trouvent notablement apaisées, et, au bout de vingt-quatre heures, la guérison est complète. Si les sangsues ont seulement diminué le mal sans l'enlever entièrement, on doit y recourir de nouveau. Mais si les saignées locales ont échoué, et que le torticolis persiste dans son intensité première ou, faiblement diminué, passe à l'état chronique, il faut employer des vésicatoires volans suffisamment répétés. Si le mal résiste, il convient enfin d'administrer les narcotiques par la méthode endormique : appliquer, par exemple, un quart de grain, un demi-grain même, d'acétate, ou mieux de chlorhydrate (hydrochlorate) de morphine sur la surface vive du dernier vésicatoire.

SECTION IV.

Rhumatisme musculaire des parois thoraciques, ou pleurodynie.

Pleurodynie (de Πλευρά, côte, et Ὀδύνη douleur) signifierait littéralement toute espèce de douleur de côté. Mais l'usage, qui gouverne le langage des savans comme celui du vulgaire, ne permet plus aujourd'hui d'employer ce mot que pour désigner le rhumatisme des muscles des parois thoraciques.

Souvent la pleurodynie survient sans cause manifeste; quelquefois elle succède évidemment à l'impression du froid; quelquefois aussi elle est due à des efforts de toux ou d'éternuement. Elle siége ordinairement sur un seul côté de la poitrine, dans un espace peu considérable, et très souvent, comme le point pleurétique, elle apparaît dans les environs du mamelon; mais elle peut aussi se montrer sur tous les point du thorax, tant en avant qu'en arrière. Quelquefois même un côté tout entier se trouve endolori : et cela seul est déjà un moyen de diagnostic; car il est excessivement rare que la pleurésie, la pneumonie, ou autres affections du poumon et de ses annexes, donnent lieu à une douleur si étendue et si diffuse.

M. le docteur Gaudet, médecin-inspecteur des bains de Dieppe, qui a publié dans la *Gazette médicale* (1834, n° 15) une intéressante monographie du rhumatisme des parois thoraciques, dit avoir observé cette affection, onze fois sur treize, au côté gauche. Cette proportion numérique n'est-elle due qu'au hasard? ou bien faut-il la considérer, avec le docteur Gaudet, comme une manifestation d'une loi pathologique, d'après laquelle le côté gauche serait incomparablement plus souvent atteint de pleurodynie que le côté droit? Une statistique établie sur une plus vaste échelle que le docteur Gaudet n'a pu le faire, sera seule propre à décider ce point.

La douleur pleurodynique est très intense; elle est, en général, beaucoup plus aiguë que la douleur pleurétique. Souvent elle arrache des cris au malade, ce qui n'arrive guère dans les maladies pulmonaires.

La pleurodynie, d'ailleurs, a des caractères positifs qui lui sont propres. Il y a augmentation de douleur par les mouvemens du thorax, par les efforts d'inspiration et d'expiration

par la pression extérieure, par l'inclinaison du tronc. Le décubitus sur le côté malade est plus douloureux que dans la pleurésie; et fort souvent, en outre, les mouvemens du bras correspondant réveillent ou redoublent les souffrances du point pleurodynique.

Joignons à cela les caractères ou signes négatifs, c'est-à-dire tous ceux qui éloignent l'idée d'une pleurésie ou d'une pneumonie.

Et d'abord, signalons la sonorité de la poitrine et l'intégrité du bruit respiratoire. Il ne faut pas cependant croire qu'il n'y ait sous ce rapport aucune différence entre un individu parfaitement bien portant et un individu atteint de pleurodynie, entre le côté sain du thorax et le côté rhumatisé. Certes, les muscles malades ne peuvent manquer de se contracter sous le doigt qui les frappe, même par percussion médiate; et il s'ensuit que la sonorité est un peu moins claire que dans l'état normal. Pareillement, l'auscultation perçoit un bruit respiratoire un peu moins intense du côté malade que du côté sain; car la pression du sthétoscope, ou même de l'oreille seule, suffit encore pour déterminer la contraction des muscles, et rendre par là plus sourd le murmure de la respiration.

En second lieu, l'absence de fièvre et de symptômes généraux est une exception dans les phlegmasies des organes internes du thorax; mais, dans la pleurodynie, elle est la règle. Vous voilà, par exemple, appelé près d'un individu qui se plaint d'un point de côté; vous lui tâtez le pouls, et vous ne trouvez que peu ou point de fréquence dans les battemens de l'artère; vous êtes dès-lors bien sûr qu'il n'y a point de pneumonie. Mais peut-être y a-t-il pleurésie? car l'apyrexie est chose impossible dans la première maladie, mais non dans la seconde. Eh bien! la percussion et l'auscultation viendront alors vous éclairer, et dissiper le plus souvent votre soupçon.

Troisièmement, enfin, la toux manque dans la pleurodynie, à moins cependant qu'elle n'ait elle-même été la cause occasionnelle de cette affection, comme nous en avons établi la possibilité ci-dessus dans notre court alinéa d'étiologie.

On voit donc que par la considération combinée des caractères, tant positifs que négatifs, qui viennent d'être indiqués, il est presque impossible de confondre dans la pratique la pleurodynie avec la pleurésie, et surtout avec la pneumonie.

Mais remarquons que la pleurodynie peut devenir cause occasionnelle de la pleurésie; tant que celle-là dure, il faut donc toujours être en garde contre le développement de celle-ci. C'est pour cela qu'il est convenable d'attaquer énergiquement la pleurodynie dès son début. Puis, durant tout le cours de cette affection, on ne doit pas manquer d'explorer assidument la poitrine pour voir s'il ne se forme pas d'épanchement pleurétique.

Nous avons souvent demandé à des malades atteints de pleurésie s'ils étaient habituellement sujets à des points de côté sans fièvre; la plupart nous ont fait une réponse affirmative, et ont le plus souvent accusé de cette disposition pleurodynique le côté même où siégeaient leurs pleurésies. On voit par là quels rapports mutuels de causalité lient les deux maladies l'une à l'autre. On doit d'autant moins s'en étonner que dans le cours de certaines affections rhumatismales, qui n'ont même pas leur siége dans les parois thoraciques, il se forme des épanchemens dans la plèvre ou dans le péricarde, sans qu'ils s'annoncent d'abord par aucune douleur: si en pareil cas on ne songe point à interroger la poitrine par la percussion et par l'auscultation, on ne sera averti, mais souvent trop tard, que par la manifestation d'une dyspnée toujours croissante, lorsque la sérosité se sera accumulée au point de compromettre gravement la vie des malades. Mais nous parlerons plus au long de cet insidieux accident à propos du rhumatisme articulaire, qui est particulièrement sujet à en être compliqué.

La pleurodynie peut être confondue avec des douleurs d'estomac, de rate ou de foie, plus aisément, sans contredit, qu'avec les inflammations de la plèvre et du poumon. Un examen attentif et minutieux des circonstances antécédentes et des symptômes actuels réussira, toutefois, dans le plus grand nombre des cas, à empêcher la méprise.

Dans le cours de la phthisie pulmonaire, on observe très souvent des points douloureux, qui, soit erreur réelle de diagnostic, soit mensonge adroit pour entretenir l'illusion du malade, peuvent être qualifiés de pleurodynies. Ces douleurs, dans le début de l'affection, siégent dans la région supérieure de la poitrine, vers la clavicule, dans l'aisselle, et dans la fosse supérieure de l'omoplate; plus tard, elles se montrent dans la région moyenne; enfin, elles envahissent les régions les plus basses: voilà, du moins, l'ordre le plus fréquent de leur développement successif. Elles occupent un petit espace, sont très aiguës, augmentent par la pression extérieure. Ce ne sont pourtant pas des pleurodynies, ce sont des pleurésies partielles, circonscrites, qui correspondent aux parties malades du poumon, et qui, après quelques jours de durée, se terminent par des adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, comme on s'en assure par la nécropsie des individus tuberculeux, chez la plupart desquels les poumons ne peuvent point être enlevés et isolés dans toute leur intégrité, mais ne se retirent que par lambeaux à cause de leurs innombrables points d'étroite et intime jonction

avec la surface interne de la cavité thoracique. Ce sont vraiment des pleurésies à forme spéciale, des pleurésies à part, comme les inflammations du parenchyme pulmonaire autour des tubercules sont aussi des pneumonies à part. Ces pleurésies-là ne produisent presque jamais d'épanchement : il n'y a qu'un seul cas où le contraire ait lieu ; c'est lorsque les progrès de la tuberculisation perforent la plèvre pulmonaire avant de l'avoir fait adhérer à la plèvre costale: d'où l'on voit que cette inflammation adhésive des deux plèvres, tout en étant cause de quelques souffrances, n'en est pas moins une circonstance favorable, puisqu'elle éloigne l'issue fatale de la phthisie ; car, sans elle, le pneumothorax, qui presque toujours entraîne une mort rapide, se développerait bien plus souvent.

Le pronostic de la pleurodynie est peu sérieux, sans doute, à prendre la maladie en elle-même ; mais eu égard à la pleurésie secondaire qui peut se déclarer, il est plus grave que celui des rhumatismes musculaires jusqu'ici étudiés.

Pour enlever une pleurodynie, il suffit quelquefois de l'application d'un cataplasme émollient, ou de certains topiques analogues en grande réputation parmi les commères, comme, par exemple, une omelette toute chaude, un pain sortant du four, etc., etc. Il n'y a aucun praticien qui ne pût, comme nous, retrouver, dans ses souvenirs ou dans ses notes, de nombreux exemples de pleurodynies guéries comme par enchantement en quelques heures par des moyens semblables ou autres. En voici un cas que nous empruntons à Amatus Lusitanus, illustre médecin observateur du seizième siècle ; ce cas est assez intéressant par la nature même du moyen employé, qui n'est pas aussi trivial que les remèdes précités.

Observation. - Pleurodynie promptement guérie par l'application d'une ventouse.

« La sœur de Manuel Habib, femme veuve et » de haut rang, fut prise tout-à-coup d'une dou- » leur très intense et très aiguë sous la mamelle » gauche : elle n'avait point de fièvre, elle ne » toussait point, mais elle se plaignait très vi- » vement de sa douleur. Ayant été appelé au- » près d'elle, je lui fis appliquer sur le point » douloureux une large ventouse bien enflam- » mée (1) : ce dont elle se trouva si bien qu'au » bout de quelques instans elle se proclama » guérie, et que les assistans publièrent la » chose comme surprenante et tenant du pro- » dige. »

Amat. Lusitan. *Centurie VII*e, *cure* 19e.

Lorsque la pleurodynie est plus tenace, le traitement doit consister dans une application de huit à dix sangsues sur le point douloureux. On renouvellera même, au besoin, cette saignée locale. Si le mal n'est pas enlevé par ce moyen, il cédera à un vésicatoire volant. Quelquefois, à la vérité, il ne disparaît qu'après le troisième ou quatrième vésicatoire ; mais une telle opiniâtreté est fort rare.

On ne devra pas même recourir à l'évacuation sanguine, ni à la vésication cutanée, si la pleurodynie, tout en prolongeant sa durée au-delà de quelques heures, et même de quelques jours, n'a cependant que peu d'intensité. Il suffit alors d'employer, pendant la nuit, un cataplasme émollient, et, pendant le jour, pour plus de commodité, un emplâtre de poix de Bourgogne, ou de diachylon gommé ; ces remèdes simples guériront la partie rhumatisée en la préservant du contact de l'air et en y maintenant une douce chaleur. On pourra aussi mettre à profit les bains chauds (de 25° à 30° R.) et les douches de vapeur. Mais, je le répète, sangsues, vésicatoires, et emploi endermique d'un sel de morphine, voilà les ressources capitales et vraiment efficaces du traitement curatif.

Quant au traitement prophylactique, c'est un précepte banal que l'application habituelle d'un morceau de flanelle, ou d'une peau de lièvre ; on prescrit même sur-le-champ le gilet de flanelle. Mieux vaudrait auparavant tenter l'effet des affusions froides, qui peuvent fortifier et endurcir les régions rhumatisantes contre les variations atmosphériques. Car c'est le froid long-temps prolongé qui produit les rhumatismes. Une aspersion froide, ou un bain froid de quelques minutes exaltent au contraire, en vertu de la réaction consécutive, la chaleur naturelle des parties.

SECTION V.

RHUMATISME DES PAROIS ANTÉRIEURES ET LATÉRALES DE L'ABDOMEN.

Cette espèce n'a pas encore de nom particulier. Avant que M. Chomel l'eût indiquée et reconnue d'une façon expresse, en maintes occasions, dans le cours de son enseignement clinique, aucun médecin, que nous sachions, n'en avait donné une histoire spéciale. Il y a vraiment lieu de s'étonner que ce rhumatisme, que pour cause de brièveté je proposerais de nommer *pré-abdominal*, ait été si long-temps méconnu, ou du moins négligé et passé sous silence. Il n'a pas moins de droit que le torticolis, la pleurodynie ou le lumbago, à occuper une

(1) *Cucurbitam magnam multâ ignitam flammâ.* C'est ce que nous appelons une *ventouse sèche*, qu'on appliquait alors, comme cela se pratique encore souvent aujourd'hui, en y enflammant un peu de papier, de coton, ou d'étoupe. Or, tous nos lecteurs savent bien qu'en ce cas la ventouse agit d'autant plus énergiquement que la flamme est plus vive.

place distincte dans le cadre nosologique des affections rhumatismales.

Déjà M. le docteur Genest, pendant qu'il remplissait à l'Hôtel-Dieu la place de chef de clinique sous M. le professeur Chomel, a inséré dans la *Gazette médicale* trois articles fort intéressans sur ce rhumatisme des parois abdominales (*Gaz. méd.* 1832, nos 107, 110 et 112). Je viens ici, après lui, esquisser une courte monographie de cette affection, sinon avec le même talent, du moins avec l'avantage précieux de parler au nom du maître qui m'a donné mission d'exposer ses idées à ce sujet.

Le rhumatisme pré-abdominal, à un faible degré d'intensité, a dû et doit encore souvent se manifester, surtout chez des individus rhumatisans d'habitude: mais, peu douloureux et peu durable qu'il est en ce cas, c'est chose aisée à concevoir qu'on n'y prête qu'une médiocre attention, et qu'il passe, pour ainsi parler, inaperçu. Quand il se développe, au contraire, avec quelque violence, il peut aisément être pris pour une gastrite ou une entérite, et surtout pour une péritonite. Et voilà évidemment pourquoi il n'avait point obtenu de nos devanciers la mention, ou, pour mieux dire, la reconnaissance officielle qui lui est bien et dûment acquise.

Dès 1812, M. Chomel avait recueilli l'observation suivante, qui offre, à n'en pas douter, un cas de rhumatisme des parois abdominales.

IVe OBSERVATION (1).

Rhumatisme musculaire aigu et mobile. Cause occasionnelle: impression du froid, le corps étant en sueur. Siéges divers: lombes, épaules, nuque, PAROIS ABDOMINALES, etc. Guérison au bout d'un mois.

Le 7 octobre 1812, entra à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, no 84, le nommé Servoisier (Charles François), garçon charcutier, âgé de 18 ans.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, au teint clair et animé, aux yeux bleus, aux cheveux châtains, est né d'un père sain, et ignore si sa mère, morte d'un cancer a été sujette aux rhumatismes. Il a eu dans son enfance les ganglions du cou fréquemment engorgés jusqu'à l'âge de douze ans, où il est devenu pubère; il est sujet maintenant à de fréquentes épistaxis, et présente même de petites ulcérations dans l'intérieur des narines; sauf cela, et quelques points de côté qui n'ont jamais duré plus de deux ou trois heures, il a joui jusqu'ici d'une bonne santé.

Dans les derniers jours de septembre, il est descendu, étant en sueur, dans une cave très fraîche: il y a été sur le champ saisi d'un très vif sentiment de froid, à tel point qu'il s'est bien promis de n'y jamais redescendre en semblable circonstance. Deux ou trois jours après, il a commencé à sentir dans tous les membres, et surtout dans les lombes, une douleur qui augmentait par le mouvement et par la pression, et qui entraîna un repos forcé. Deux jours plus tard, le lumbago avait beaucoup diminué d'intensité, mais, en revanche, les épaules, la nuque et la tête étaient endolories au point d'être condamnées à une immobilité absolue.

Après un intervalle de trois jours, durant lesquels le rhumatisme alla s'affaiblissant dans ces dernières parties, il survint une pleurodynie à la partie inférieure et latérale gauche du thorax, puis les parois abdominales devinrent douloureuses entre l'ombilic et le rebord des côtés gauches. Ce fut alors que le malade entra à l'hôpital; il y offrit l'état suivant.

8 octobre. Lumbago très léger qui ne devient sensible que dans les mouvemens, et c'est alors une sensation d'élancement. Douleur de même caractère dans le cou. Douleur bien plus vive dans la région ci-dessus signalée des parois abdominales; elle est continue, et le malade la compare à l'effet d'un coup de poing; elle s'exaspère notablement par la pression, par les mouvemens généraux du tronc, par la rétraction des parois abdominales dans l'expiration, enfin par le froid extérieur quand on y expose la partie souffrante, mais elle n'est nullement influencée par l'ingestion des alimens légers que prend le malade; elle est également intense le jour et la nuit, et empêche le sommeil. Céphalagie gravative à gauche, mais toute intérieure; car elle n'est point du tout augmentée par la pression. Pouls plein et développé sans dureté et sans fréquence. Respiration libre. Bouche très amère; langue un peu jaune à son milieu; anorexie; peu de soif; point de nausées; quelques légers frissons par intervalles irréguliers; urine un peu rouge.

9 octobre. La douleur abdominale s'est un peu déplacée; elle siége un peu plus bas et un peu plus à gauche qu'hier, mais elle n'est venue se placer ainsi qu'après s'être portée pour quelques instans à l'épigastre. Ce qui est plus remarquable, et peu facile à expliquer, c'est qu'elle s'exaspère à présent dans l'inspiration, et non dans l'expiration.

10 octobre. Il n'y a plus d'autre douleur que celle de l'hypochondre.

14 octobre. La douleur hypochondriaque, après avoir graduellement diminué les jours précédens, ne se fait plus sentir que dans une forte inspiration.

19 octobre. La douleur hypochondriaque a repris plus d'intensité pendant la nuit.

(1) Recueillie par M. Chomel.

20 octobre. Réapparition des douleurs au côté gauche du thorax et à l'épaule correspondante.

28 octobre. Les douleurs, après des variations de siége et d'intensité, qui n'ont eu aucune relation évidente avec les variations météorologiques soigneusement observées et notées chaque jour par M. Chomel, ont enfin complètement cessé. Eruption boutonneuse (1) aux lèvres, après un léger mouvement fébrile.

30 octobre. Le malade sort, n'ayant plus éprouvé aucune douleur depuis l'éruption prolabiale.

S'il est un cas où l'on ne puisse révoquer en doute la nature rhumatismale des douleurs dont le siége est rapporté par le sentiment du malade aux parois abdominales, certes c'est bien le fait que l'on vient de lire. Toutes les preuves positives et négatives sont là réunies. Des douleurs évidemment rhumatismales ont parcouru précédemment avec une remarquable mobilité les membres, les lombes, les épaules, la nuque, la tête, les parois thoraciques : ces douleurs existent même encore dans quelques-unes de ces parties, alors que les douleurs pré-abdominales paraissent: celles-ci, pendant un instant, ne sont même pas séparées des douleurs pleurodyniques, avec lesquelles elles se confondent comme par une véritable continuité de siége: elles vont d'un point à un autre des parois abdominales, disparaissent tout-à-fait, puis reviennent; elles sont moins exaspérées par la pression que par les mouvemens qui exigent la contraction des muscles abdominaux; en outre, il n'y a point de trouble dans les fonctions des organes digestifs. Que voudrait-on de plus pour écarter toute autre idée que celle d'un rhumatisme pré-abdominal? Or, si l'on est ainsi forcé d'admettre avec certitude l'existence de ce rhumatisme dans certains cas, ne sera-t-on pas fondé à la soupçonner, à l'admettre même comme probable, dans d'autres cas où la foule des praticiens n'a pensé jusqu'à ce jour qu'à des affections des organes intra-abdominaux?

Averti par l'exemple précédent presque dès les premiers pas dans la carrière médicale, M. Chomel a depuis rencontré, tant dans les hôpitaux que dans sa pratique civile, plusieurs cas dans lesquels il eût été facile de prendre la maladie pour une péritonite, tant les apparences étaient propres à faire illusion! Voici, en effet quels symptômes s'offraient les premiers à l'observation au moment où l'on abordait les malades. Le ventre était devenu tellement sensible que les genoux demeuraient levés pour empêcher les couvertures de peser sur lui; la pression la plus modérée y excitait d'intolérables douleurs, et souvent la face se grippait. Et cependant, à côté de ces signes alarmans, point ou peu de trouble dans le pouls, point de chaleur fébrile, point de nausées ni de vomissemens; les boissons et les alimens passaient comme de coutume; enfin, la percussion de l'abdomen obtenait partout un son légitime et normal. Il n'y avait donc pas péritonite, mais rhumatisme des parois abdominales.

Nous empruntons au travail, plus haut cité, de M. le docteur Genest, l'observation détaillée d'un cas pareil, où pour un observateur superficiel la méprise eût été possible, mais dont la véritable nature ne saurait guère être douteuse pour quiconque réfléchira sur les circonstances caractéristiques que nous avons soin d'ailleurs d'indiquer par des majuscules.

Observation. — Chagrin, fatigue, suppression des règles. Douleurs dans les lombes, et puis dans tout le corps. Enfin douleurs bornées aux parois antérieures et latérales de l'abdomen : elles occupent même les parties molles qui recouvrent les fausses côtes, elles se déplacent, elles s'étendent à la partie antérieure de la poitrine, elles reviennent après avoir disparu. Guérison complète au bout d'un mois.

« La nommée Robinet, âgée de 26 ans, domes-
» tique, habitant Paris depuis six mois, était
» ordinairement bien réglée et bien portante.
» Le 28 novembre 1828, ayant depuis plusieurs
» jours ses règles qui étaient sur le point de
» cesser, elle apprend qu'un de ses frères,
» auquel elle était très attachée, est très ma-
» lade à quelques lieues de Paris. Elle s'y rend
» à pied, le trouve mort, et revient très fati-
» guée. Ses règles s'arrêtent tout-à-coup, et
» aussitôt elle est prise de douleurs dans les
» reins qui s'étendent bientôt à presque tout le
» corps avec une fièvre assez prononcée. Le
» lendemain, douleurs violentes, mais à peu
» près bornées au ventre. Les jours suivans,
» ces douleurs augmentèrent encore; la fièvre
» persista, quoique peut-être moins forte
» qu'au début; il n'y eut pas de selles, l'émis-
» sion des urines devint rare et difficile. La
» malade ne subit aucun traitement autre que
» le repos et des boissons émollientes, jusqu'à
» son entrée dans l'hôpital (3 décembre), c'est-
» à-dire jusqu'au septième jour à dater de l'in-
» vasion. Là, elle offrit l'état suivant.

» Le 4, figure animée, très rouge, expri-
» mant une vive souffrance, mais sans décom-
» position des traits; peau chaude, sans séche-
» resse; pouls fréquent, assez développé;
» langue sans rougeur, large, blanchâtre;
» bouche amère; absence de vomissemens,
» d'envies de vomir, et des selles; soif très
» vive; émission des urines rare et douloureuse;

(1) *Olophlyctis prolabialis* d'Alibert : *Herpes labialis* de M. Rayer, et d'autres auteurs de nosologie cutanée.

» l'abdomen souple, sans tension, est le siége » de douleurs *spontanées* très aiguës, augmen- » tant beaucoup par la pression la plus légère. » Ces douleurs occupent tout l'abdomen, et » sont également vives partout. On reconnaît » par la pression qu'elles occupent aussi LES » PARTIES MOLLES QUI RECOUVRENT LES FAUSSES CÔTES » DES DEUX CÔTÉS. Elles sont continues, et cepen- » dant offrent de temps en temps de très forts » paroxysmes sous forme *d'élancement*, mais non » de *coliques* (1). Il y a beaucoup de dyspnée, » et de l'agitation. La veille, au soir, l'élève » de garde avait fait appliquer, sur l'abdomen, » des sangsues qui n'avaient produit aucune » diminution dans les douleurs. (Prescript. : » 40 *sangsues sur l'abdomen; bain de siége; en-* » *suite cataplasme, bourrache nitrée.*)

» 5 déc. Le facies est bon, calme; le pouls » vif, peu fréquent; la peau sans chaleur ni » sécheresse remarquable; les douleurs de l'ab- » domen sont beaucoup diminuées; elles se font » cependant sentir encore assez fortes dans la » région cœcale, mais DÉPLACENT rapidement » et passent d'un côté du ventre à l'autre. La » pression continue à être douloureuse, et » même sur toute LA PARTIE ANTÉRIEURE DE LA » POITRINE; l'émission des urines est plus facile » et plus abondante. (*Pédil. sinap.; guimauve,* » 2 *pots; lait*, 4 *tasses.*)

» 6 déc. La malade a pris un bain de pieds » trop chaud, et a été reprise, à la suite, de très » vives douleurs. La moindre pression sur l'ab- » domen est très douloureuse. Les parois abdo- » minales ne sont pas tendues, mais offrent une » certaine résistance produite par la contrac- » ture des muscles. Le pouls est normal, la » peau chaude et sans sécheresse. Il n'y a point » encore eu de garde-robe. (*Saignée de* 2 *palettes;* » *bain; cataplasme.*)

» 7 déc. La malade est mieux : il n'y a plus » de contracture des muscles des parois abdo- » minales, mais les douleurs sont encore vives; » point de selle. (2 *lavemens; bain de siége; ca-* » *taplasme.*)

» Après l'effet des lavemens, la malade se » trouva mieux. Les deux jours suivans, le bien- » être continue : mais, le 12, les douleurs re- » viennent très vives, et sont bornées à l'abdo- » men; il n'y avait point eu de selles depuis » quatre jours; on prescrit une demi-once » d'huile de ricin, qui ne produit pas d'effet, » et les douleurs persistent jusqu'au 15. Alors » une once et demie d'huile de ricin détermine » d'abondantes évacuations qui sont suivies » d'une rémission complète et durable des dou- » leurs. La malade sort le 28 janvier parfaite- » ment rétablie. »

M. Genest dit (*loc. citato*) avoir observé, chez onze autres sujets, des cas semblables de rhumatisme pré-abdominal simulant une péritonite aiguë, et ces onze sujets étaient encore des femmes. Notre IVe observation met hors de doute que le sexe masculin ne puisse aussi être atteint de même manière. Toutefois, et c'est le plus souvent chez des femmes que M. Chomel a rencontré les faits de cette espèce. Jusqu'à plus ample informé, il paraîtrait donc présumable que le sexe féminin constitue une sorte de prédisposition à produire le rhumatisme pré-abdominal, ou du moins à l'élever à un degré remarquable d'intensité. Et même cette présomption se changerait en certitude, si l'on doit admettre, comme l'a fait le docteur Genest (*Gaz. médicale*, 1832, page 761), que l'état puerpéral est une cause ordinaire de cette affection, et qu'il faut regarder comme rhumatismes pré-abdominaux beaucoup de péritonites prétendues qui, survenant après l'accouchement, et inspirant d'abord les plus vives alarmes, n'acquièrent pas le degré de malignité qu'on redoutait, et semblent avoir été arrêtées dans leur marche et comme jugulées par les heureux efforts du médecin. Ce point n'a pas été touché du tout par M. Chomel dans les leçons dont j'ai recueilli avec une scrupuleuse exactitude toute la substance, et qui constituent le fonds et l'essence de cet ouvrage. Mais je ne puis m'empêcher de déclarer ici, en mon propre nom et sous ma seule responsabilité, que je partage l'avis de M. Genest. Si j'ai le désavantage de ne venir qu'après lui reconnaître le fait, je veux en revanche me donner un mérite, bien petit, il est vrai, celui de proposer une explication qui en rende raison.

Cette explication consiste dans un rapprochement qui me paraît si naturel et si obvie, que je suis presque étonné qu'aucun auteur, que je sache, ne l'ait signalé avant moi, et n'ait indiqué, sinon affirmativement, du moins conjecturalement par voie d'analogie, le rhumatisme des muscles abdominaux comme suite possible du travail de l'enfantement. En effet, l'exercice forcé d'un muscle est, pour ce muscle, une cause ordinaire de rhumatisme : de la fatigue à la douleur rhumatismale il n'y a qu'un pas, ou plutôt il n'y a qu'une transition imperceptible : et la fatigue suit toujours les contractions musculaires trop énergiques, ou trop longtemps soutenues et répétées sans un intervalle convenable de relâchement et de repos. Or, n'y a-t-il pas, dans l'accouchement, des efforts inaccoutumés et excessifs de la part des muscles des parois abdominales pour aider et mener à fin l'action expultrice de l'utérus ?

Je pense, avec M. Genest, qu'il faut rapporter au rhumatisme pré-abdominal puerpéral

(1) J'avoue ne pas bien comprendre ici quelle différence le docteur Genest veut indiquer par l'opposition des termes *élancement* et *colique*. Ce dernier terme, en effet, me semble consacré par l'usage à désigner toute espèce de douleur qui siége dans l'abdomen.

les faits que le docteur Gooch de Londres à signalés comme des cas *d'affection nerveuse du péritoine*. Voici un de ces cas, tel qu'il est raconté par le médecin anglais.

Observation.—Femme nouvellement accouchée. Vive douleur de l'abdomen, avec fièvre. Saignée, sans amélioration. Cataplasmes émolliens, et laudanum à l'intérieur : amélioration immédiate. Le lendemain, disparition complète de la douleur et de la fièvre. Pas de rechûte.

« Je fus demandé un jour, » dit le docteur Gooch, « pour aller voir hors de Londres la » femme d'un médecin, accouchée depuis peu » de temps, et que l'on me dit être affectée » d'une péritonite très grave. Outre son mari, » elle avait encore deux autres médecins. » Voici les détails que je recueillis à mon ar- » rivée. Cette dame, dans son état de santé or- » dinaire, était sujette à des attaques de nerfs » (hystérie, ou peut-être même épilepsie). De- » puis quatre jours, elle était alitée, et il y » avait plus de vingt-quatre heures qu'elle » était dans l'état où je l'observai. Elle éprou- » vait sur toute la surface de l'abdomen une » douleur permanente, et si vive, qu'elle ne » pouvait même se tourner dans son lit. Elle » n'avait eu ni frissons, ni tremblemens; son » pouls était fréquent (116). L'un des deux mé- » decins, qui l'avait vue à quatre heures du » matin, lui avait tiré du bras deux palettes » de sang : mais, quoique la saignée eût coulé » par un large jet, la surface du caillot était » lisse et rouge, et la malade n'avait obtenu » aucune amélioration. Je fis couvrir alors tout » l'abdomen avec un large cataplasme de mie » de pain et d'eau. Je fis prendre aussitôt, en » même temps, vingt gouttes de laudanum (1). » On devait renouveler le cataplasme assez » souvent pour entretenir une douce chaleur, » et continuer l'usage du laudanum à la dose » de dix gouttes de quatre heures en quatre » heures. La malade ne devait prendre qu'un » gruau chaud et très clair. Je déjeunai dans » la maison ; et, avant de partir, je revis la » malade, et trouvai le ventre moins doulou- » reux, la peau moite, et le pouls descendu » à 100. Le jour suivant, le mari m'écrivit que » la douleur et la sensibilité de l'abdomen » avaient tout-à-fait disparu, et que le pouls » était descendu à 90. La malade cessa dès-lors » l'usage des opiacés, mais continua les fo- » mentations, prit un léger apéritif, et guérit » complètement sans aucune rechute. »

Le même auteur a observé un grand nombre de faits semblables, et dont quelques-uns même se terminèrent par la mort, et n'offrirent, à l'autopsie, aucune trace de péritonite. Voici, brièvement, un de ces derniers cas.

(1) De Sydenham, sans doute.

Observation. — Accouchement heureux, mais suivi de vives tranchées. Le 3e jour, rhumatisme pré-abdominal. Saignée jusqu'à la syncope. Nul soulagement. État pire. Mort. *Autopsie :* nulle lésion dans le péritoine.

« Le sujet était une femme délicate et hysté- » rique, qui accoucha heureusement de son » huitième enfant. Les douleurs consécutives » furent vives, et durèrent long-temps; mais, » le soir du second jour, son état n'offrait » rien d'inquiétant: le pouls était au-dessous » de 80. Le troisième jour, à quatre heures » du matin, elle fut prise de vives douleurs, » avec sensibilité par tout l'abdomen, et de » vomissemens. Le pouls était fréquent, mais » petit et faible; la chaleur modérée. Le méde- » cin, appelé sur le champ, la saigna jusqu'à » la syncope. Il lui donna ensuite cinq grains » de calomel, et, peu de temps après, une dose » de sel et de séné, qui fut vomie. Deux heures » après la première saignée, la douleur n'ayant » pas diminué, il lui en pratiqua encore une » jusqu'à la syncope, appliqua douze sangsues » sur l'abdomen, et donna une pilule contenant » trois grains d'opium. Lorsque Gooch arriva » près d'elle, le facies était décomposé, la » peau froide et gluante; le pouls petit, fili- » forme, ne pouvait être compté. Il enleva » aussitôt les sangsues, chercha à la raviver » par la chaleur et des cordiaux; mais elle » mourut trente heures après le commence- » ment des douleurs. A l'autopsie du cadavre, » le péritoine fut trouvé sain et pâle; il con- » tenait de une à deux onces de sérosité trans- » parente; tous les organes abdominaux étaient » sains, mais pâles; l'utérus était contracté » au point où il devait l'être. »

(Genest, d'après Gooch, *Gaz. méd.*, 1832, p. 761.)

A quoi était due la mort, en pareil cas, dans l'absence de toute lésion appréciable? Émettrais-je une conjecture trop hasardée, en accusant l'emploi inopportun et abusif des émissions sanguines que l'on croyait, sans doute, bien et dûment indiquées, et parfaitement légitimées par l'existence prétendue d'une inflammation aussi redoutable que la péritonite? La saignée poussée à l'excès (et cet excès est relatif à la constitution de chaque individu) peut amener la mort par épuisement, ainsi que toute hémorragie le fait, sans que cet épuisement puisse être constaté, à l'autopsie, par des caractères incontestables. Qui sait, en effet, quelle est au juste la quantité de sang au dessous de laquelle la vie de tel ou tel individu n'est plus possible? Comment, d'ailleurs, connaître ce qui reste de sang dans un cadavre? Et certes, cependant, personne ne niera qu'il y ait des limites au-delà desquelles la saignée doit être non seulement nuisible à la marche actuelle ou future de la maladie,

mais immédiatement meurtrière dans toute la force du terme.

Au surplus, je livre toutes ces conjectures sur le rhumatisme pré-abdominal puerpéral à l'appréciation des praticiens que leur position particulière met à même d'observer un grand nombre de femmes en couche.

Les considérations générales et les observations particulières que nous venons de présenter pour constater l'existence et l'importance du rhumatisme pré-abdominal, ont déjà, sans doute, presque suffisamment fait connaître les symptômes et la marche de cette maladie. Mais, sur un point de pathologie jusqu'à présent si négligé, nous ne craignons pas d'être accusés de répétition et de prolixité en récapitulant en quelques mots, et, pour ainsi dire, d'un seul et même coup d'œil, les signes propres qui doivent servir à bien asseoir le diagnostic.

Et d'abord, le principal signe à noter, signe quasi-pathognomonique, c'est que la pression abdominale, toute douloureuse qu'elle est, n'est pas néanmoins ce qui exaspère le plus la douleur: l'exaspération est plus vive et plus cruelle par les mouvemens que le malade essaie de faire pour se retourner dans son lit ou pour se mettre sur son séant; et cela se conçoit aisément, puisque de tels mouvemens exigent la contraction des muscles affectés. D'où il n'est pas moins facile de comprendre que les malades doivent forcément demeurer en décubitus sur le dos, empêchés qu'ils sont de se remuer, vu la subite exaspération de la douleur à leurs moindres tentatives. Lorsque la douleur est due à une gastrite, à une entérite ou à une péritonite, elle s'exaspère autant, et peut-être beaucoup plus encore, par la pression, que par les mouvemens auxquels participent activement les muscles des parois abdominales.

Au surplus, ce n'est guère avec la gastrite ou l'entérite qu'on peut confondre le rhumatisme pré-abdominal; car la douleur qui accompagne les inflammations, soit de l'estomac, soit de l'intestin grêle ou du gros intestin, est plus circonscrite, plus localisée, moins diffuse. Et puis, il y a dans le premier cas trouble notable des fonctions gastriques, soit depuis longtemps, soit actuellement; dans le second cas, il y a aussi des signes qui ne peuvent manquer du côté des dernières voies. Or, ni l'un ni l'autre ordre de phénomènes ne vient d'ordinaire compliquer le rhumatisme en question.

C'est surtout avec la péritonite, comme nous l'avons déjà dit, que la confusion est possible. La présence ou l'absence de la fièvre et des vomissemens, voilà encore, après la considération du mode suivant lequel la douleur s'exaspère le plus vivement, une autre source importante du diagnostic. Fièvre et vomissemens dans la péritonite, apyrexie et nul vomissement dans le rhumatisme pré-abdominal: telle est la règle. Mais quelle règle n'a pas ses exceptions? Si dans un cas de rhumatisme pré-abdominal il y avait, chose possible, développement d'appareil fébrile et coïncidence de vomissemens, le diagnostic deviendrait très embarrassant. Autre signe essentiel : c'est que dans le rhumatisme pré-abdominal, la face ne reste pas constamment grippée comme dans la péritonite; elle ne s'altère qu'au moment où la souffrance s'éveille et s'exaspère, soit par la pression, soit par quelque autre circonstance. Il y a bien des péritonites partielles qui sont apyrétiques, et ne causent que peu ou point d'altération dans les traits de la physionomie; mais, dans ces péritonites, la douleur est circonscrite et toute locale; dans le rhumatisme dont nous traitons ici, elle est diffuse et répandue dans toute l'étendue des parois antéro-latérales du ventre. Il n'y aurait donc de méprise possible que dans le cas d'une péritonite bornée à ces mêmes parois, forme très rare, que M. Chomel n'a encore observée qu'une seule fois dans le cours de sa pratique, et qui, d'ailleurs, ne saurait exister sans un certain degré de fièvre.

Le rhumatisme pré-abdominal est bien plus rebelle que le torticolis et la pleurodynie. Puis, dans plusieurs cas que M. Chomel a eu l'occasion d'observer, il y a eu des phénomènes consécutifs qui lui ont fait craindre qu'une péritonite secondaire ne se fût développée, comme la pleurésie succède quelquefois à la pleurodynie. Il a raconté dans ses leçons le cas suivant, tiré de sa pratique particulière, comme un des plus propres à établir la possibilité de cette dégénération du rhumatisme abdominal sur-aigu en une péritonite.

Ve OBSERVATION (1).

Rhumatisme abdominal sur-aigu ? Péritonite consécutive ? Guérison. Douleurs intra-abdominales réveillées par le mouvement, imputables à des adhérences péritonéales.

Une dame éprouva pendant dix-huit jours les seuls symptômes du rhumatisme abdominal sur-aigu : douleurs excessivement vives dans toute l'étendue des parois antérieures et latérales de l'abdomen, s'exaspérant par le plus léger contact et par les moindres mouvemens; pourtant, point de fièvre, point de météorisme, point de vomissemens, ni d'envies de vomir; il y a plus, l'appétit et les facultés digestives persistaient à peu près à l'état normal. Enfin au bout de ces dix-huit jours, malgré la diminution des douleurs, le développement d'une

(1) Recueillie par M. Chomel.

fièvre peu intense, mais continue, l'anorexie, le dérangement des digestions, et les vomituritions parurent indiquer une inflammation sourde et lente du péritoine. Enfin tous ces signes d'inflammation se dissipèrent, mais en laissant après eux une cruelle infirmité ; car pendant une dixaine d'années la malade ne put ni se livrer à une marche tant soit peu rapide, ni même supporter les oscillations de la voiture la plus mollement suspendue, sans éprouver bientôt, et quelquefois même sur le champ, de très vifs élancemens dans l'intérieur du ventre; elle ne pouvait alors se rendre de Paris à Passy en carrosse ; comme on lui avait conseillé l'usage des eaux d'Enghien à la source même, elle ne pouvait se rendre à ces bains qu'en se faisant porter sur les bras d'hommes qui se relayaient; aussi n'y allait-elle que la nuit. Actuellement, elle en est venue à supporter la voiture une heure ou deux, mais pas davantage : dans le milieu de la journée, pour mettre fin à certains tiraillemens abdominaux, elle est obligée de se déshabiller, et de se reposer horizontalement.

M. Chomel attribue les douleurs opiniâtres de cette dame à des adhérences péritonéales, suite de la phlegmasie séreuse. Mais dans ce cas, comme dans tous les autres cas analogues où il a conçu le même soupçon, les autopsies seules pourraient changer la probabilité en certitude ; et il n'y en a pas eu.

Eu égard à la ténacité intrinsèque du rhumatisme pré-abdominal, ou plutôt à cette adjonction consécutive d'une inflammation péritonéale, il faut dès le début employer un traitement énergique, sans jamais cependant porter l'énergie au-delà d'une sage prudence.

Des applications répétées de sangsues ne triomphent pas toujours du mal. Il y a tel cas où M. Chomel a réitéré les saignées locales un grand nombre de fois, avec force bains, force émolliens, force narcotiques pour auxiliaires, et où néanmoins il n'a pu prévenir la chronicité de l'affection. Heureusement une résistance pareille semble être un cas d'exception. Nous avons vu quelquefois réussir les saignées locales et les vésicatoires ; mais il faut se hâter d'agir. Il ne faut pas laisser au rhumatisme le temps de s'acclimater et de prendre, pour ainsi dire, droit de bourgeoisie dans les muscles abdominaux. Tâchez de le déraciner dans le principe : attaquez-le tout d'abord par des moyens énergiques, et prévenez par là, autant qu'il est en notre art de le faire, ces péritonites secondaires, source d'adhérences incurables, telles qu'elles existent, sans doute, chez cette malheureuse dame, réduite ainsi à l'impossibilité de retourner dans son pays. Prodiguez donc les sangsues jusqu'à ce qu'il n'y ait pas d'indication formellement contraire: opérez de maintes façons la révulsion sur la peau : faites un large usage des bains, en y laissant vos malades plongés pendant quatre, cinq, six, et même huit heures, au besoin.

SECTION VI.

Rhumatisme des muscles de la région lombaire, ou lumbago musculaire.

Lumbago est un mot d'antique latinité, dérivé de *lumbi* (lombes, reins), et qui, suivant le grammairien Festus Pompeius, signifiait faiblesse des reins, courbature ou douleur des lombes. Ce mot avait encore conservé toute l'étendue et tout le vague de sa signification originelle dans les écrits latins des médecins des dix-septième et dix-huitième siècles. Daniel Sennert, par exemple, en traitant du scorbut mentionne parmi les symptômes de cette affection le lumbago ou douleur lombaire, mais comme un mal qui se manifeste pareillement avant l'éruption de la variole et de la rougeole, avant les règles et après leur suppression, après la rétrocession du flux hémorrhoïdal, etc. (SENNERT. *Medic. practic.* lib. III, part. V, sect. II, cap. 4.) Sauvages, dans sa nosologie, posant le lumbago comme un genre de la classe des *Douleurs*, le définit une douleur lombaire qui empêche le redressement du corps, et il en distingue treize espèces, savoir : 1° L. rhumatique; 2° L. arthritique ; 3° L. pléthorique (après la suppression des règles, du flux hémorrhoïdal, etc.); 4° L. fébrile (prodrome d'un grand nombre de maladies); 5° L. scorbutique; 6° L. psoadique (psoïtis d'aujourd'hui, déjà mentionné ailleurs par nous); 7° L. dans l'accouchement; 8° L. par *saburre;* 9° L. miliaire (prodrome de la fièvre miliaire); 10° L. par effort; 11° L. par anévrisme (anévrisme de l'aorte abdominale); 12° L. apostémateux (dû à un abcès de la région lombaire); 13° L. sympathique (par suite de quelque lésion des organes intra-abdominaux). Une telle énumération de toutes les douleurs lombaires de diverse nature peut être utile sous le point de vue du diagnostic, et nous y reviendrons tout-à-l'heure dans ce but: mais, en nosologie, confondre ainsi et placer sur une même ligne les phénomènes purement symptomatiques et les affections idiopathiques comme espèces congénères, c'est violer les principes qui doivent présider à la classification naturelle et philosophique des maladies. Aussi, depuis environ un demi-siècle, les médecins français, en recevant et naturalisant, pour ainsi dire, dans la langue nationale ce nom de lumbago, qui n'a pourtant pas encore dépouillé son orthographe toute latine, l'ont restreint à désigner le rhumatisme de la région lombaire: c'est le sens actuellement consacré, soit par l'usage, soit par les plus récens dictionnaires et vocabulaires de médecine.

Mais, dans la région lombaire, le rhumatisme peut attaquer ou les muscles ou les articulations. De là, nécessité de distinguer le lumbago musculaire, et le lumbago articulaire. Le premier, qui doit faire le sujet spécial de cette section de notre ouvrage, est sans contredit incomparablement le plus fréquent. Le second est ce *lumbago arthritica* de Sauvages, « espèce » qui tourmente les goutteux.... qui siége » dans les ligamens et le périoste des ver- » tèbres... s'exaspère par la pression... af- » fecte souvent l'os sacrum... » (*Nosolog. méthod.* Class. VII. Genr. XXX, espèce 2me.) Mais, au surplus, si rare que soit le lumbago articulaire, ce n'est pourtant pas seulement sur la seule autorité de nos devanciers que nous en reconnaissons l'existence, mais aussi d'après des observations qui nous sont propres. Dans la collection des observations que M. Chomel a recueillies à l'hôpital de la Charité, parmi celles qui sont relatives au lumbago, il y en a une qui signale la douleur comme étant beaucoup plus vive sur les apophyses épineuses que sur les masses musculaires latérales, et une autre dans laquelle le siége de la douleur est constaté sur la ligne médiane au niveau du sacrum. Comme ces deux observations n'offrent pas d'autre circonstance digne d'intérêt, nous n'avons pas jugé à propos de les reproduire ici en détail. Au mois de mars dernier, j'ai aussi moi-même observé le lumbago articulaire chez un de mes malades sujet à la goutte. C'était la première fois que ce malade était pris de cette façon: il éprouvait à la région lombaire une douleur très vive et très aiguë, qui l'obligeait à tenir son corps dans une position courbée qu'il ne pouvait ni courber davantage ni redresser; la pression la plus forte ne dévelopait aucune douleur dans les masses musculaires; au contraire, il suffisait d'une pression assez légère sur les apophyses épineuses des 2me, 3me, et 4me vertèbres lombaires pour causer une souffrance intolérable. Mais en vòilà assez, et trop peut-être ici, pour le lumbago articulaire, dont nous n'avons dû parler que par occasion et en passant. Venons enfin au lumbago musculaire.

Le lumbago musculaire reconnaît assez ordinairement pour causes spéciales soit un exercice inaccoutumé des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux, comme dans l'équitation, ou un effort instantané et violent de ces muscles pour soulever un fardeau, pour prévenir une chute, etc., soit l'impression du froid humide, comme par exemple, chez les personnes qui se sont livrées au sommeil sur la dure ou bien sur un gazon mouillé. C'est probablement même à raison de cette dernière circonstance que plusieurs auteurs ont eu à signaler le développement primitif du lumbago comme plus fréquent en été qu'en hiver. On a cité maints exemples de personnes qui, s'étant imprudemment endormies sur l'herbe humide, séduites qu'elles étaient par le charme du frais, n'ont pu à leur réveil se relever parce qu'un lumbago aigu s'était développé pendant un sommeil de quelques heures.

Le lumbago musculaire se caractérise par une douleur plus ou moins vive dans les masses charnues de la région lombaire, soit de l'un ou de l'autre côté à la fois, soit exclusivement d'un seul côté. Cette douleur augmente par la flexion ou l'extension du tronc; elle s'exaspère encore bien davantage, si le malade veut soulever ou tirer à soi quelque objet d'un certain poids. Elle est comparée, par l'un, à l'action térébrante d'une vrille ou d'un vilebrequin; par l'autre, aux souffrances déchirantes d'une morsure; par tel autre, à une décharge électrique. Ces comparaisons que les malades puisent plutôt dans leur imagination que dans l'impression même qu'ils ressentent, il ne faut, sans doute, les accueillir qu'avec réserve, mais il est bon d'en tenir compte: elles donnent idée, sinon de la nature de la douleur, du moins de son intensité.

Si le lumbago est médiocre, le malade peut encore marcher, mais il marche, pour ainsi dire, tout d'une pièce sans pouvoir baisser ni contourner le torse. Si le lumbago est très intense, le malade est non seulement obligé de garder le lit, mais il ne peut même s'y remuer ni changer de position, à moins que d'autres ne l'aident.

Le lumbago musculaire est, en général, très opiniâtre. Les saignées locales, qui ont tant de pouvoir pour guérir de rhumatisme les couches musculaires superficielles n'ont pas, à beaucoup près, la même énergie d'action curative sur les couches musculaires profondes. Cette remarque est d'ailleurs (soit dit en passant) également applicable aux rhumatismes articulaires. Tandis que les petites articulations, presque immédiatement sous-jacentes à la peau, se guérissent assez promptement par les sangsues et les ventouses, une grande articulation (comme, par exemple, celle de la hanche), profondément cachée sous des masses charnues, oppose aux mêmes moyens une résistance opiniâtre. Ainsi donc, en manifestation particulière de cette loi générale, le lumbago a d'ordinaire une longue durée. Quelquefois même il persiste, on pourrait dire, indéfiniment: tantôt alors, il est permanent, mais en ne se faisant sentir que dans les grands mouvemens; tantôt il est intermittent, et laisse au patient dix, quinze, vingt jours, et même plus, de complète relâche.

Le pronostic du lumbago musculaire a donc quelque chose de sérieux: d'abord, parce qu'il y a chance de prolongation, et que le malade peut être fort long-temps dans son lit;

ensuite, parce qu'on doit presque inévitablement s'attendre à des récidives. Le lumbago est bien plus sujet à revenir que le torticolis, la pleurodynie, etc.

Le diagnostic a des méprises à éviter. Il y a, en effet, comme nous l'avons déjà vu au commencement de cette section, beaucoup de maladies qui produisent des douleurs lombaires. Les fièvres exanthématiques, et spécialement la variole dans la période d'invasion, offrent véritablement une apparence de lumbago; mais observez bien qu'en pareil cas la souffrance n'est que peu ou point augmentée par l'extension et la flexion de la colonne vertébrale. Il en est de même dans la péritonite, dans les maladies des reins, du rectum ou de l'utérus, dans le cas d'anévrisme de l'aorte abdominale. Ce n'est, tout au plus, que dans les affections organiques des reins que les mouvemens du tronc produisent une augmentation assez notable de la douleur, mais jamais avec le même degré de vivacité que dans le lumbago vrai. Puis, dans tous ces cas, le praticien découvrira des signes différentiels encore plus positifs par l'investigation attentive des symptômes concomitans. Et, pour ne pas tout épuiser, prenons seulement pour exemple, d'entre tous ces cas, ceux où il peut y avoir le plus de difficulté, savoir: les maladies rénales, et l'anévrisme aortique. Dans les maladies rénales, outre les douleurs lombaires, il y a presque constamment envie de vomir, altération des urines, et quelquefois, de plus, douleur suivant le trajet des uretères, rétraction du testicule et engourdissement de la cuisse. Dans l'anévrisme de l'aorte abdominale, la douleur est pulsative, toujours fixée au même point, jamais très aiguë, mais opiniâtre et permanente, sans intermittence aucune, et même sans variation notable d'intensité. Or, ces deux dernières circonstances sont, sinon impossibles, du moins bien rares, en cas de rhumatisme. Cependant, il faut l'avouer, tant que les battemens anévrismatiques, isochrones au pouls, ne sont pas nettement perceptibles, il ne peut y avoir qu'un simple soupçon, mais non pas une certitude; et plus d'une fois encore un anévrisme de l'aorte abdominale simulera un lumbago, jusqu'à ce que sa rupture produise la mort subite, comme dans le fait rapporté par Morgagni, Epist. XL, art. 26-30.

Dans certaines maladies de la moëlle épinière et de ses enveloppes, il y a bien aussi exaspération de la douleur par les mouvemens; mais, en ce cas là même, l'altération de sensibilité ou de contractilité dont les membres inférieurs sont le siége, et quelquefois la déviation du rachis, ne permettent pas de se méprendre. Dans le scorbut, la douleur des lombes s'exaspère aussi par la prolongation de la station, par la flexion et l'extension du tronc; mais ce symptôme équivoque ne vient, d'ordinaire, qu'après les symptômes propres et pathognomoniques de la maladie. Dans le *lumbago psoadica* de Sauvages (psoïtis), il y a souvent, sans doute, douleur dans les lombes, et douleur très vive: mais le signe pathognomonique, c'est qu'à raison de la douleur propre du muscle grand psoas, le malade tient la cuisse dans un état immobile de flexion, le genou en l'air, et le pied près de la fesse, et qu'il lui est impossible d'étendre le membre affecté, ni d'y faire exécuter un mouvement de rotation en dehors. Enfin, si un phlegmon profond de la région lombaire était d'abord pris pour un lumbago, méprise, on le sait, possible et naturelle, et que ce phlegmon vînt à se terminer en abcès (*lumbago apostematosa* de Sauvages), on devra être encore, la plupart du temps, détrompé, même avant la manifestation de la fluctuation, par les signes rationnels du travail suppuratoire.

Le lumbago musculaire laisse-t-il quelque lésion observable à la nécropsie? Remarquons d'abord qu'on ne peut avoir que de rares occasions de chercher sur le cadavre une réponse à cette question. On ne meurt certainement pas d'un lumbago; et, si une affection mortelle survient pendant la durée de ce rhumatisme, elle l'efface et l'éteint long-temps avant de porter le dernier coup à la vie.

Nos lecteurs s'étonneront peut-être de nous voir soulever ici cette question particulière, que nous avons déjà implicitement résolue par la négative, en ayant reconnu ailleurs, comme fait général, que l'existence du rhumatisme musculaire est indépendante d'une lésion anatomique appréciable. Mais c'est qu'on a souvent cité comme preuve du contraire une observation de Morgagni, qui, une seule fois, a pu faire l'autopsie, mais l'autopsie partielle et incomplète d'un individu atteint, en apparence, de lumbago chronique. L'anatomiste italien trouva dans les muscles lombaires une altération de couleur et de consistance. Citons donc textuellement son observation, afin de la bien apprécier.

Observation. — Douleurs lombaires chez un orfèvre. Puis, douleurs cervicales. Puis, paralysie du mouvement dans les membres inférieurs. Mort. — *Autopsie de la région lombaire extérieure.* Couleur et consistance insolites des fibres musculaires dans un certain espace.

« Un jeune orfèvre fut atteint, à la région » lombaire droite, d'une vive douleur qui ne » cédait à aucun remède. Il souffrait ainsi de- » puis un an, lorsque la région lombaire gau- » che devint également douloureuse. La région » cervicale devint aussi le siége de douleurs » qui paraissaient rhumatismales. Puis survint

» la paralysie du mouvement dans les mem-
» bres inférieurs; puis une tympanite, puis
» enfin la mort vers la mi-avril de 1753.

» L'autopsie cadavérique ne fut permise que
» sur la région lombaire extérieure, qui avait
» été le siége de si opiniâtres souffrances.
» Après avoir enlevé la peau, puis le tissu
» cellulaire graisseux, qui se trouvait un peu
» infiltré, puis enfin cette large aponévrose
» d'où naît le muscle grand dorsal, et qui ne
» laissa voir ni à droite ni à gauche aucune
» sorte de lésion, on parvint donc à cette
» épaisse masse charnue qui sert de commune
» origine au sacro-lombaire et au long dorsal;
» et voilà que cette masse charnue offrit une
» couleur insolite, semblable à la couleur des
» vieux meubles de noyer, non pas pourtant
» dans toute son étendue, mais seulement
» dans l'espace d'environ cinq travers de doigt,
» tant en longueur qu'en largeur. Cette alté-
» ration de couleur n'était pas seulement
» superficielle, mais affectait aussi la profon-
» deur de la masse commune au sacro-lombaire
» et au long dorsal, et se remarquait même
» dans les muscles sous-jacens, savoir, le trans-
» versaire épineux et le carré des lombes. Dans
» tout l'espace que nous venons d'indiquer,
» les fibres musculaires étaient excessivement
» lâches et molles, et séparées les unes des
» autres par de nombreux grumeaux sanguins
» qui se trouvaient disséminés çà et là. Et
» toutes les lésions que nous signalons étaient
» d'autant plus apparentes, que les muscles
» étaient plus près de l'épine. Mais, hors de
» l'espace indiqué, les muscles n'offraient rien
» d'anomal, ni dans leur couleur, ni en quoi
» que ce fût. Il y a plus : l'odeur n'était pas
» empirée là où siégeaient ces lésions, les-
» quelles, d'ailleurs, existaient de l'un et l'au-
» tre côté des lombes, mais plus légères à
» gauche qu'à droite. »

(MORGAGNI, Ep. LVII, art. 17.)

Doit-on rapporter sans hésitation une telle lésion à l'affection rhumatismale? En vérité, ceux qui l'ont cru ainsi, et qui avaient lu l'observation originale, n'étaient pas doués d'un jugement bien sévère et bien solide, ou, certes, n'avaient lu qu'à la légère, et, pour ainsi dire, en courant. D'autres ensuite, ont eu le tort de répéter un fait extraordinaire comme appuyé par l'imposante autorité de Morgagni, et cela sur la foi d'autrui, et sans vérifier par eux-mêmes le fait cité. Morgagni soupçonne lui-même (*Loc. cit.*, art. 18), pour expliquer la paralysie des membres inférieurs, qu'une lésion analogue à celle des muscles examinés siégeait dans les branches nerveuses d'où se forme le plexus crural. La douleur lombaire se liait, sans aucun doute, à la lésion trouvée, à cette altération de couleur et de consistance dans les muscles, à cet épanchement de sang entre leurs fibres. Mais nous nions que cette liaison qui allait en s'accroissant de dehors en dedans, qui n'a pu être poursuivie au-delà de la légion lombaire extérieure, mais qui, d'après la conjecture même de l'observateur italien, s'étendait probablement jusqu'aux nerfs spinaux, nous nions, dis-je, que ce soit là une lésion propre au rhumatisme.

Quant au traitement du lumbago musculaire, ce sont, on le pense bien, toujours à peu près les mêmes moyens que pour les rhumatismes dont nous nous sommes précédemment occupés. Si le lumbago est léger, on se bornera à l'emploi des bains tièdes et des cataplasmes émolliens; ou bien on aura recours aux frictions sèches, aux embrocations d'huile opiacée, au repassage de la partie souffrante à l'aide d'un fer chaud, et avec l'interposition d'une pièce de linge ou de flanelle. Si le lumbago est intense, prescrivez, selon les indications particulières, les sangsues, les vésicatoires, les sels narcotiques; posez même, au besoin, les cautères et surtout les moxas; car c'est par la douleur que la douleur est vaincue et guérie. Dans le lumbago chronique, après l'emploi infructueux des moyens précédens, les douches de vapeur simple ou sulfureuse ont souvent réussi.

S'agit-il des soins prophylactiques? On a encore ici à choisir entre les vêtemens très chauds, et l'usage des bains froids ou des affusions froides. Nous ne répéterons pas ce que nous avons déjà dit à l'égard de ces deux sortes de moyens.

SECTION VII.

Rhumatisme musculaire des membres.

Ce rhumatisme se manifeste dans la continuité des membres, à l'encontre du rhumatisme articulaire, qui les envahit dans leur contiguité; car la portion rouge et charnue des muscles, laquelle portion est son siége propre, correspond presque toujours, comme on sait, au corps des os longs. Il est, ce nous semble, moins fréquent à l'état aigu, et sous une forme bien caractérisée que les rhumatismes du tronc; les cas de rhumatisation isolée de tel ou tel muscle des membres se sont moins souvent présentés à notre observation que les cas de torticolis, de pleurodynie et de lumbago. Mais c'est peut-être le contraire quand la diathèse rhumatismale revêt le caractère de chronicité, et se manifeste sous la forme de douleurs vagues et mobiles. Quant à la fréquence relative du rhumatisme musculaire dans les diverses régions d'un même membre, l'observation journalière prouve que la portion la plus rapprochée du tronc est le plus ordinairement attaquée.

Ainsi, par exemple, le deltoïde est plus souvent rhumatisé que les muscles de l'avant-bras, et ceux de la cuisse le sont plus souvent que ceux de la jambe.

Le rhumatisme musculaire des membres a, sans contredit, beaucoup d'analogie avec la pleurodynie, avec le lumbago et autres rhumatismes musculaires jusqu'ici mentionnés ; mais il a un plus grand degré de mobilité, une plus grande variété de siége. Le lumbago et la pleurodynie, par exemple, se fixent d'ordinaire, comme nous l'avons dit plus haut, dans un point déterminé, d'où le principe rhumatismal ne se déplace que rarement pour porter ailleurs la souffrance. Rien de plus commun, au contraire, que le déplacement du rhumatisme dans les membres. Le mal voyage et saute, pour ainsi dire, d'un membre à un autre, et, dans le même membre, de tel muscle à tel autre; hier c'était l'extension qui produisait la plus vive exaspération des souffrances, aujourd'hui c'est la flexion. Le rhumatisme musculaire des membres prélude ainsi à l'extrême mobilité que nous aurons bientôt à signaler dans le rhumatisme articulaire. Il n'a pas non plus de ces siéges d'élection qu'il envahisse presque toujours de préférence à tout autre point; il attaque assez indifféremment les divers muscles d'un même membre, et les diverses portions d'un même muscle; s'il y a quelque différence à noter à cet égard, c'est que les muscles de la région externe sont un peu plus fréquemment pris que ceux de la région interne.

Quant aux symptômes observés dans ce genre de rhumatisme, il n'y a rien de bien notable à dire, rien que nous n'ayons déjà dit à propos des autres rhumatismes musculaires. Comme dans ceux-ci, il y a une douleur plus ou moins vive, sans gonflement de la partie endolorie, sans rougeur à la peau. Cette douleur est toujours un peu exaspérée par la pression, à moins que le muscle rhumatisé ne soit profondément situé ; elle s'exaspère encore davantage par les mouvemens du membre, et surtout par ceux qui exigent la contraction du muscle malade. C'est même par cette dernière considération qu'un praticien versé en anatomie pourra presque toujours désigner au juste que c'est tel muscle qui se trouve rhumatisé, et non pas tel autre. Nous lui laissons donc à résoudre ces problèmes de détail; il serait par trop fastidieux d'établir ici, dans une longue et interminable énumération, la symptomatologie rhumatismale de chaque muscle en particulier.

Le point le plus intéressant dans l'histoire du rhumatisme musculaire des membres, c'est le diagnostic différentiel. Nous rappellerons à peine qu'il y a, comme nous l'avons vu ailleurs, possibilité de confondre cette affection avec le phlegmon: une telle méprise sera toujours assez rare, parce que dans la grande majorité, ou, pour mieux dire, dans la presque totalité des cas de phlegmon, le gonflement visible des parties endolories, leur induration appréciable au toucher, leur évidente élévation de température, et la rougeur de la peau correspondante, ne permettront pas de méconnaître la nature de la maladie. Mais il y a d'autres affections dans lesquelles les membres deviennent le siége de douleurs plus ou moins vives, sans présenter rien d'anomal ni au toucher ni à la vue.

Il n'y a guère de maladie aiguë qui, à son début, ne produise des douleurs contusives dans tous les membres. Mais, si l'on rencontre ces douleurs ainsi subitement et également répandues par tout le corps, avec perte d'appétit, céphalalgie, fréquence du pouls, en un mot, avec un appareil fébrile complet, qui est-ce qui ne reconnaîtra pas là les prodromes d'une maladie, qu'on ne pourra qualifier et nommer qu'après la manifestation des symptômes caractéristiques? Qui est-ce qui s'avisera de porter un diagnostic trop hâtif, et de prononcer à la légère le nom de rhumatisme? Presque jamais la cause rhumatismale n'attaque ainsi tous les membres à la fois. Rien de plus commun, au contraire, qu'une courbature générale et un endolorissement de tous les muscles soient, pendant deux ou trois jours, les seuls prodromes de la variole, de la rougeole, de la pneumonie, de la péritonite, etc. Quelquefois même, en certaines affections, c'est dans les membres supérieurs, ou dans les inférieurs, que les douleurs sévissent principalement ou même exclusivement, selon que l'organe malade est situé au dessus ou au dessous de l'ombilic : ainsi, par exemple, les souffrances de l'estomac retentissent dans les bras; celles de l'utérus, dans les cuisses et les jambes. Donc, les douleurs qui occupent parallèlement les deux membres de même nom, sont le plus souvent encore sympathiques. Le rhumatisme n'existe ordinairement que dans un seul membre, ou bien se trouve beaucoup plus irrégulièrement disséminé.

Au reste, ce qui distingue essentiellement toutes ces douleurs sympathiques d'avec les douleurs idiopathiques du rhumatisme, c'est qu'elles obligent le patient à changer continuellement de place, dans la fausse espérance d'une position meilleure, qu'il ne trouvera pas, il est vrai, mais que du moins il peut chercher en se remuant à droite et à gauche sans crainte de trop exaspérer par là sa souffrance: le rhumatisant, au contraire, qui sent son mal s'accroître par le mouvement, demeure, autant qu'il peut, dans une complète immobilité.

Les douleurs qui règnent dans tout le trajet d'un nerf, peuvent-elles être plus aisément

confondues avec le rhumatisme ? Personne ne le pensera. Sans doute, les névralgies brachiale, crurale, sciatique, etc., redoublent souvent d'intensité par suite d'une pression extérieure ou des contractions musculaires : mais ici le trajet même de la douleur dévoile la nature du mal ; le névralgique le plus étranger aux notions d'anatomie accuse d'abord et suit du doigt une ligne parfaitement correspondante à la direction du nerf malade, puis des irradiations douloureuses qui se répandent dans les branches de ce nerf. Enfin, tandis que, d'une part, la douleur rhumatismale est essentiellement obtuse, souvent nulle, dans le repos absolu du membre, la névralgie a, d'autre part, des paroxysmes irréguliers ou périodiques, qui se manifestent le plus souvent sans avoir été provoqués par la moindre tentative de mouvement, et qui provoquent souvent, au contraire, dans la région douloureuse, des mouvemens involontaires dégénérant à la longue en habitude. Il est bon, d'ailleurs, de remarquer que les névralgies rentrent quelquefois, quant à leur cause, dans la catégorie des affections rhumatismales : voir ci-dessus, par exemple, notre Ire observation.

Certaines femmes sont sujettes à des douleurs qu'on peut convenablement nommer hystériques. C'est le *Rheumatismus hystericus* de Sauvages, qui, dans son genre *Rheumatismus*, range une foule d'espèces non moins disparates et vraiment non moins hétérogènes entre elles que celles de son genre *Lumbago*. Ces douleurs qui ont ou du moins semblent avoir le même siége que le rhumatisme, se développent tout-à-coup, et sont souvent très aiguës, au point d'empêcher le mouvement et d'arracher des cris : puis elles cessent aussi brusquement qu'elles sont nées. L'instantanéité de leur apparition et de leur disparition suffirait déjà pour les caractériser et pour les différencier du rhumatisme, qui met quelque temps à se développer, à moins qu'il ne soit déterminé par un effort, et qui surtout ne diminue et ne décline que peu à peu. De plus, ces douleurs hystériques surviennent chez une femme qui aura déjà éprouvé des attaques d'hystérie, ou tout au moins quelques phénomènes évidemment hystériques. Supposons, par exemple, qu'une douleur très aiguë apparaisse et disparaisse en quatre heures chez une telle femme ; je dis qu'il n'y a pas même possibilité d'erreur. Et quelquefois même, en pareil cas, il y a contraste complet avec le rhumatisme ; quelque vive que soit la douleur, elle ne gêne pas les mouvemens le moins du monde, et la pression, au lieu de l'exaspérer, la soulage et la fait cesser.

Les douleurs ostéocopes de la syphilis peuvent être prises pour des douleurs rhumatismales. On a bien souvent dit et écrit que les douleurs syphilitiques augmentent purant la nuit par la chaleur du lit, qu'au contraire les rhumatismes sont soulagés dans cette même circonstance. Ce prétendu contraste a été proclamé comme un axiome de séméiotique ; mais il s'en faut pourtant de beaucoup qu'il n'y ait lieu là-dessus à aucune contestation. Les rhumatismes s'exaspèrent, eux aussi, pendant la nuit, pour peu qu'ils aient quelque intensité. Nous devons donc chercher d'autres élémens de diagnostic différentiel entre les douleurs syphilitiques et les douleurs rhumatismales. Dans celles-là, quelque aiguës qu'elles soient, et bien qu'elles apportent un peu de gêne dans les mouvemens, le malade ne sera point incapable de marcher, et pourra même vaquer à tous ses travaux durant le jour ; la nuit, il se remuera et se tournera dans son lit sans notable augmentation de souffrance. Dans celles-ci, la contraction musculaire est une cause inévitable d'exacerbation ; la marche est impossible, ou ne s'effectue qu'avec une claudication manifeste ; les changemens de position dans le lit ne se font même qu'avec redoublement de souffrance. De plus, chez les personnes infectées de syphilis, vous pourrez ordinairement apprécier des changemens dans la forme des os, et cela d'autant plus aisément que presque toujours ces personnes sont très amaigries. Puis la revue des circonstances commémoratives, telles que les blennorrhagies, les ulcérations du gland, etc., doit être soigneusement faite. Enfin, l'examen attentif de toutes les régions du corps lèvera, dans la plupart des cas, toute espèce de doute : tantôt l'on trouvera des taches brunes à la peau, tantôt des pustules au cuir chevelu ; chez tel malade, alopécie évidente ; chez tel autre, douleurs et petites ulcérations à la gorge, etc., etc., etc. Dans quelques cas néanmoins, il faut l'avouer, le diagnostic devient fort difficile. Stoll vit, chez une jeune fille affectée de rhumatisme vague, une tumeur se montrer et disparaître peu à peu dans la région inguinale : ce symptôme, joint à l'opiniâtreté de la maladie et aux exacerbations nocturnes, donna lieu à soupçonner que le mal était de nature syphilitique. Stoll employa les mercuriaux, mais il n'en obtint aucun succès, et reconnut enfin que la maladie était purement rhumatismale. Le grand praticien de Vienne raconte l'erreur où il était tombé, avec cette bonne foi naïve et simple qui caractérise les hommes supérieurs (1). C'est la

(1) Puellæ cuidam longo, rebelli, nocturnoque rheumatismo, eoque vago laboranti tumor in inguine dextro dolens pedetentim nascitur, itemque sensim disparet. Mercurium dedi, luem veneream suspicatus ; non profuit : serò intellexi rheuma esse hujus constitutionis quod subindè alicubi tumorem excitat. Decepit me et locus tumoris, et dolorum pertinacium nocturna intensio.

Ratio Medendi. *Ephemerides*, 1779. October.

faiblesse des esprits aussi pervers que médiocres de se donner les airs de l'infaillibilité.

Les douleurs saturnines (*Rheumatismus metallicus* de Sauvages) siégent le plus ordinairement dans les deux membres supérieurs ou dans les deux membres inférieurs à la fois, ou même dans les uns et les autres tout ensemble; elles n'augmentent que peu ou point par la pression et par le mouvement, et simulent tout-à-fait une courbature: d'ailleurs, leur nature spécifique se révèle le plus souvent par l'apparition préalable ou simultanée de la colique de plomb, et, du moins, elle peut, n'y eût-il point de colique, se soupçonner d'après la profession du patient.

En cas de scorbut, avant l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les mailles du derme lui-même, il peut y avoir des douleurs préalables dans les membres (*Rheumatismus scorbuticus* du nosologiste déjà cité); et quelquefois ces douleurs prédominent notablement dans un membre, ou même y sévissent exclusivement, comme en cas de rhumatisme. Mais alors la tuméfaction mollasse des gencives, leur lividité, leur propension à saigner, symptômes premiers-nés de la diathèse scorbutique, ne peuvent manquer d'éclairer le diagnostic. De plus, ces douleurs étant produites par l'exhalation du sang entre les fibres musculaires, les muscles qui en sont le siége ne sont pas moins durs au toucher en état de repos qu'en état de contraction, comme Lind l'a très bien fait remarquer dans son excellente Monographie du Scorbut. Or, cette égale dureté des muscles dans l'une et l'autre circonstances est véritablement un signe pathognomonique. Puis, en outre, cette dureté n'est pas propre à tout un muscle, mais n'y est perçue que dans les espaces circonscrits où le sang s'est extravasé.

De cette revue générale des douleurs diverses qui ont plus ou moins d'analogie avec le rhumatisme musculaire des membres, il résulte donc que, dans la grande majorité des cas, il n'est guère possible de commettre des erreurs de diagnostic, à moins d'inattention dans l'examen de toutes les circonstances de l'affection. Il y a cependant des cas insidieux: la syphilis surtout, ce Protée de la nosologie, peut longtemps cacher sa hideuse nature sous les apparences du rhumatisme. Ces cas sont rares, mais réels.

Le traitement du rhumatisme musculaire des membres doit se diriger encore suivant les mêmes indications que nous avons signalées dans les précédentes sections. Si l'affection est aiguë, les remèdes à employer sont les bains, les topiques émolliens et les saignées locales. Si l'affection est chronique, c'est aux rubéfians qu'il faut recourir, c'est à la vésication par les cantharides ou par l'ammoniaque, avec administration endermique des sels narcotiques; c'est même à la cautérisation par la potasse, par le moxa, ou par des boutons de feu. Une pratique beaucoup plus douce, que la médecine européenne a empruntée aux usages de l'Orient, réussit quelquefois, il est vrai, contre les rhumatismes chroniques des membres. Nous voulons parler du massage. Cette manière de pétrir les muscles était usitée dans l'Inde depuis un temps immémorial. Aux bains de Brighton, en Angleterre, on a fait venir exprès des Indiens pour cet office. Dans quelques établissemens de France, il y a des hommes qu'on a dressés depuis peu, à masser méthodiquement les baigneurs.

Parlerons-nous de l'acupuncture, cette espèce de panacée chinoise et japonaise, qui depuis les écrits de Ten Rhyne, médecin hollandais du dix-septième siècle, était connue de quelques érudits en Europe, mais qui n'y a été, je crois, mise en pratique pour la première fois que dans ce siècle? Il y a quelques années, elle fut employée et préconisée en particulier contre les douleurs rhumatismales par MM. les docteurs Berlioz et Bretonneau. Combinée avec l'action de l'électricité galvanique sous le nom *d'électropuncture* ou plutôt de *galvanopuncture*, elle eut aussi des succès entre les mains de M. Jules Cloquet, aujourd'hui professeur de clinique externe à la Faculté de Paris. Mais la bruyante renommée de l'acupuncture n'a été qu'éphémère; sans doute le nombre des insuccès a balancé celui des cas heureux. Et décidément, la pratique mongole retombe dans l'abandon et dans l'oubli.

Un moyen très employé contre les rhumatismes musculaires, et que nous ne devons pas omettre, ce sont les frictions, soit sèches, soit à l'aide de linimens.

Pour les frictions sèches, on se sert de brosses particulières destinées à cet usage, ou bien on se sert simplement d'une pièce de flanelle. On doit renouveler ces frictions au moins deux fois par jour.

Les linimens sont sédatifs, ou excitans. Les uns se composent principalement de médicamens narcotiques, propres à amortir les douleurs; les autres ont pour base des médicamens irritans, dans le but de combattre le mal par une sorte de révulsion sur la peau. Les premiers conviennent, en général, quand les douleurs sont très vives, et qu'il faut, avant tout, les apaiser. Quand les douleurs sont modérées, mais opiniâtres et rebelles, les excitans sont plus efficaces, et ils paraissent plus propres à détruire le principe même du mal. Je ne crois pas hors de propos de donner quelques-unes des meilleures formules de l'une et l'autre espèces de linimens dans un ouvrage qui s'adresse particulièrement, comme les leçons dont il est le reflet, aux élèves et aux jeunes docteurs.

Linimens sédatifs.

.1.

Huile d'amandes douces. . . .deux onces.
Camphre. . . . . un gros.
Teinture thébaïque. . . . . .demi-gros.

.2.

Baume tranquille. . . .
Huile camphrée. . . . .
— de camomille. . . . .
— de jusquiame. . . . .
} aa, deux onces.

.3.

Huile d'amandes douces. . . .deux onces.
Laudanum de Sydenham. . . . deux gros.

.4.

Savon officinal. . . . . demi-once.
Huile d'amandes douces. . . . deux onces.
Teinture d'opium. . . . . .une once.

Linimens excitans.

.1.

Huile d'amandes douces. . . deux onces.
Camphre. . . . . .un gros.
Ammoniaque liquide. . . un gros et demi.
Eau vulnéraire. . . . . deux gros.
Huile essentielle de romarin. douze gouttes.

.2.

Teinture de cantharides. . . . demi-once.
Huile d'amandes douces. . . quatre onces.
Savon officinal. . . . . une once.
Camphre. . . . . .demi-gros.
(Dissoudre le camphre dans l'huile, et le savon dans la teinture, puis mélanger le tout.)

.3.

Huile d'olive. . . . . quatre onces.
Ammoniaque liquide. . . . . demi-once.

La prophylactique du rhumatisme musculaire des membres consiste surtout à éviter le froid humide et le repos; une vie exercée est ce qu'il y a de mieux pour prévenir cette infirmité, peu dangereuse, il est vrai, mais singulièrement incommode. Si, à l'encontre de ce dernier conseil, on objectait que les hommes sont plus sujets que les femmes aux douleurs rhumatismales, et que cependant ils font, en général, bien plus d'exercice, voici ce que nous répondrions pour résoudre l'apparente difficulté qui surgit du rapprochement de ces deux propositions, toutes deux parfaitement justes et vraies. C'est qu'il y a, dans la vie du sexe masculin, des intervalles de repos qui succèdent brusquement à une existence d'agitations et de fatigues, tandis que le sexe féminin est plus uniformément soumis, pour ainsi dire, à une même dose d'exercice, ou, si l'on aime mieux, au même défaut d'exercice. Ainsi, par exemple, les militaires, après avoir mené pendant dix ou vingt ans la vie la plus pénible, s'abandonnent assez volontiers à l'oisiveté une fois qu'ils sont rentrés dans leurs foyers. Or, ce passage non ménagé d'une existence active à une existence sédentaire est plus contraire à l'équilibre de la santé que le défaut habituel d'exercice.

ARTICLE III.

RHUMATISMES ARTICULAIRES.

(*Arthrorhumatismes.*)

Une fois qu'il est admis, comme chose déjà consacrée par un long usage, d'appeler rhumatismes toutes les douleurs musculaires que nous venons d'étudier dans l'article précédent, on ne saurait, en vérité, s'empêcher d'étendre, en vertu de frappantes analogies, la même dénomination à ces maladies articulaires, qui, bien qu'ordinairement accompagnées de phénomènes inflammatoires, sont beaucoup plus mobiles que ne le comporte la nature d'une véritable et franche inflammation, et qui, se déplaçant brusquement et passant d'une articulation à une autre, comme fait d'un muscle à un autre le rhumatisme musculaire, et alternant même souvent avec cette affection (Art. II, sect. Ire, § V), doivent être jugées de même nature. Aussi ces maladies sont-elles généralement appelées *rhumatismes articulaires*. La condition du siége est celle qui a déterminé le choix, bien naturel d'ailleurs et bien obvie, de l'épithète spécifique à joindre au terme générique; elle constitue, en effet, la différence fondamentale et classique qui distingue ces derniers rhumatismes d'avec les rhumatismes musculaires.

Mais, dira-t-on, désigner les articulations comme siége d'une maladie, cela est bien vague. On aurait encore à désirer sur ce point quelque chose de plus précis. Quelles sont, en dedans ou en dehors de l'articulation, les parties réellement et primitivement affectées? Est-ce la membrane synoviale? Sont-ce les cartilages? Sont-ce les organes fibreux, comme les ligamens, les tendons, etc.? Il y aurait, en effet, des raisons à faire valoir pour répondre affirmativement à chacune de ces interrogations, et pour adopter telle ou telle opinion exclusive que l'on voudra. Hé! mon Dieu! il n'y a pas là de quoi s'étonner; car,

avec cette manière sophistique de raisonner, qui pousse certains esprits à élever une assertion générale sur quelques cas particuliers, et à admettre toujours pour lésion idiopathique, essentielle, primitive, la première lésion venue qu'ils rencontrent, on pourrait, certes, aller jusqu'à faire du rhumatisme articulaire une maladie cutanée. En beaucoup de cas, en effet, la peau sans contredit, se montre plus rouge et plus enflammée que ne le paraissent d'ordinaire, à l'autopsie, les parties intérieures.

En quelques cas on a trouvé, à l'autopsie, des signes évidens d'inflammation des membranes synoviales. Mais il n'en est pas toujours ainsi; on le verra. Donc, ce serait, je pense, une pure affectation de précision aux dépens de la vérité, que de substituer à la dénomination de rhumatisme articulaire celle de *rhumatisme synovial,* comme l'a fait M. le docteur Trousseau, ou celle de *synovie rhumatismale,* comme le propose M. le professeur Bouillaud.

Je penche, pour ma part, à admettre, comme j'en ai donné les raisons ailleurs (Art. 1er, § IV), que le siége propre et primitif du rhumatisme articulaire est dans les tissus fibreux qui environnent l'articulation. Serais-je pour cela porté à nommer la maladie *rhumatisme fibreux,* à l'exemple de Pinel (*Nosogr. philosoph.*)? Non, certainement; car d'abord, à mes yeux, cette dénomination n'a rien de spécialement applicable au rhumatisme articulaire, puisqu'on peut soutenir avec une égale vraisemblance que les rhumatismes musculaires et les rhumatismes internes ont aussi leur siége véritable et précis dans les tissus fibreux ou fibro-celluleux. Cette idée une fois admise, une telle dénomination contiendrait donc un pléonasme, une vaine et oiseuse redite. Mais, de plus, il est peu philosophique, en fait de nomenclature médicale, de caractériser les espèces nosologiques d'après une considération purement vraisemblable, si haut que puisse être d'ailleurs le degré de vraisemblance; il faut les dénommer d'après des faits évidens, incontestables, et qui soient avoués de tous les médecins. Or, dans l'état actuel de la science, dire que le rhumatisme attaque ici un muscle, là une articulation, c'est une proposition que personne ne conteste. Le débat s'élève, au contraire, lorsqu'on veut préciser si dans le muscle le rhumatisme attaque spécialement le tissu musculaire ou bien les expansions du tissu tendineux; si aux articulations il sévit de prime-abord, et par essence, sur telle partie ou sur telle autre. Qu'on soit d'accord, au moins, sur les noms, puisque cela est possible. Nous avons donc raison d'adopter de préférence les expressions de *rhumatisme musculaire* et de *rhumatisme articulaire,* qui sont aujourd'hui unanimement reconnues et comprises, et qui ne préjugent rien qu'on puisse contester. Il est à propos de remarquer que les mots que j'ai proposé d'y substituer, savoir, *myorhumatisme* et *arthrorhumatisme,* en sont, quant à la valeur étymologique, les équivalens exacts; ils n'ont, en vérité, pas d'autre désavantage que d'être nouveaux, et de s'appuyer dans leur nouveauté sur une autorité aussi faible que la mienne.

Vaudrait-il mieux, en suivant les erremens de l'école dite physiologique, donner au rhumatisme articulaire le nom *d'arthrite?* Voilà, s'écrient quelques médecins, le seul mot propre, le seul qui ne soit pas entaché d'ontologie, le seul éminemment convenable à une maladie inflammatoire des articulations. C'est à merveille, sans doute. Et cependant, force est de reconnaître que cette inflammation, si tant est qu'il y ait toujours inflammation, a une manière d'être particulière; qu'elle n'est pas du tout semblable à l'inflammation qui succède à une violence extérieure, ni à celle qui, dans certaines constitutions, amène la production des tumeurs blanches, etc. Il faudra la décrire à part, la caractériser par des épithètes qui, bon gré malgré, explicitement ou implicitement, dénotent en elle une nature particulière. On l'appellera, par exemple, *arthrite rhumatismale,* comme a fait M. Roche dans le *Dict. de Méd. et de Chir. prat.* Or, qu'est-ce à dire, sinon que cette arthrite est un rhumatisme? C'est en vain aussi que M. Piorry, ne voulant point employer le mot de rhumatisme, a recours à l'expression *d'arthrite spontanée.* Veut-il dire par là, d'après le sens propre et rigoureux de l'épithète que cette arthrite naît d'elle-même, qu'elle est un effet sans cause? Non, certes; car ce serait une absurdité. Il n'a pu vouloir dire rien autre chose, sinon que, par opposition à l'arthrite traumatique, qui *naît* par l'effet d'une cause extérieure évidente, l'arthrite spontanée *naît* surtout par l'effet d'une cause intérieure insaisissable. C'est donc reconnaître, mais dans un langage qui tend à égarer l'esprit, mais, pour ainsi dire, à contre-cœur, que la dernière maladie n'est pas de même *nature* que la première.

Sans doute, ce n'est pas ici le lieu d'approfondir la question si délicate et si controversée de la nature des maladies qui font l'objet de nos études actuelles. Cette question, nous la renvoyons à la fin de notre œuvre; car les controverses ne doivent marcher qu'après les faits. Mais, si le problème n'est pas encore, en cet instant, résolu pour nos lecteurs, il l'est et devait l'être pour nous, qui n'écrivons qu'après avoir considéré toutes les faces de notre sujet. Il est donc impossible que par le choix même de nos dénominations nous n'établissions d'avance la solution, sauf à en fournir les preuves en temps et lieu. Ainsi, ces affections articu-

laires, qu'il n'est pas permis, comme nous le démontrerons, d'assimiler à une inflammation franche et vraie, à une inflammation traumatique, par exemple, et qui ont de si étroits et si intimes rapports avec le rhumatisme musculaire, ces affections, nous ne devons pas les nommer arthrites, mais rhumatismes.

Néanmoins, tout en proclamant une analogie profonde, une véritable communauté de nature, entre les rhumatismes musculaires et les rhumatismes articulaires, nous nous plaisons à reconnaître qu'entre ceux-ci et ceux-là il y a, outre la différence fondamentale et caractéristique du siége, d'autres différences encore à signaler, et c'est ce que nous allons faire dans le suivant parallèle.

Dans le rhumatisme musculaire, il n'y a jamais apparence complète et évidente d'inflammation. Dans le rhumatisme articulaire, d'ordinaire, il n'y a pas simplement douleur, mais aussi rougeur, chaleur et tension des tissus affectés; et quelquefois ces phénomènes se manifestent même au dehors sur la peau. Si l'affection n'est pas inflammatoire quant à son essence, elle l'est du moins quant à sa forme.

Différence étiologique : le rhumatisme musculaire se produit chez tout le monde par suite de l'impression du froid humide, ou par suite d'un effort trop considérable; le rhumatisme articulaire survient très souvent sans cause extérieure manifeste, et tient à une disposition intérieure dont le raisonnement est obligé d'admettre l'existence, mais qui échappe à nos sens.

Le rhumatisme articulaire est encore bien plus mobile que le rhumatisme musculaire : celui-ci change quelquefois de place, celui-là presque toujours; il est excessivement rare d'en observer des attaques où il n'y ait qu'une seule articulation qui soit prise.

Le rhumatisme articulaire s'annonce d'ordinaire par un ensemble de prodromes fébriles, qu'on ne voit que bien rarement précéder le rhumatisme musculaire ; puis encore, en opposition avec l'état apyrétique de celui-ci, il est accompagné d'un cortége de symptômes généraux, dont la gravité est proportionnée au nombre des articulations malades et à l'intensité des symptômes locaux. Sa durée est généralement beaucoup plus longue que celle de l'autre : non pas que tel rhumatisme articulaire ne puisse cesser en une semaine, et tel rhumatisme musculaire persister, au contraire, pendant des mois entiers; c'est la masse générale des cas de l'un et l'autre genre qu'il faut considérer pour apprécier la vérité de notre assertion.

Un membre étant d'abord attaqué de rhumatisme musculaire, il est bien rare que les articulations contiguës aux muscles rhumatisés se rhumatisent aussi elles-mêmes. Au contraire, dans le rhumatisme articulaire, la douleur et les autres symptômes qui ont commencé à se déclarer à une articulation, s'étendent plus ou moins loin au-delà, envahissent les muscles, et vont même jusqu'à s'emparer des articulations voisines. M. Chomel a, dans un cas, observé une tuméfaction universelle de tous les membres, laquelle persista même fort long-temps.

Enfin, le rhumatisme articulaire est, en général, plus rebelle que le musculaire aux ressources de l'art. Attaquez une pleurodynie, un lumbago, etc., par les moyens que nous avons indiqués; vous êtes presque certains, dans la grande majorité des cas, que le mal cédera au bout d'un petit nombre de jours. Le rhumatisme articulaire aigu, quoi que vous fassiez, n'en aura pas moins pour durée moyenne une vingtaine de jours. Il n'est pas sans exemple de l'avoir vu persister trois mois, malgré le traitement le plus actif. Et doit-on s'étonner de son opiniâtreté ? Il est tellement mobile qu'il fuit, pour ainsi dire, devant le remède pour se porter ailleurs; puis il revient là même d'où vous l'aviez chassé; il semble se jouer de la médecine.

L'histoire détaillée que nous allons donner du rhumatisme articulaire prouvera sans réplique tout ce que nous venons d'avancer, sous forme de considérations générales et préliminaires, relativement à l'analogie fondamentale et aux différences secondaires qui existent entre cette maladie et le rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme articulaire est distingué en aigu et en chronique, suivant sa durée ou plutôt suivant le caractère de ses symptômes, comme nous l'expliquerons plus tard. Chacun de ces types sera, dans cet article, l'objet de deux sections particulières, l'une pour la description, l'autre pour la thérapeutique. Mais, préalablement, nous consacrerons spécialement une section tout entière à l'importante étude des causes. Car les considérations étiologiques sont non seulement communes au rhumatisme articulaire aigu et au rhumatisme articulaire chronique, mais elles concernent aussi, comme nous l'avons dit ailleurs (Art. II. sect. Ire, § II), le rhumatisme musculaire qui devient habituel, et pour ainsi dire, constitutionnel chez tel ou tel individu sous les mêmes influences que ceux-là, et qui souvent en ce cas coexiste ou alterne avec eux.

Disons enfin, pour clore cette introduction, que l'usage a prévalu de donner le nom de *goutte* au rhumatisme articulaire, quand ce sont les petites articulations qui sont prises. Certains auteurs même font de la goutte un genre distinct de maladie, en regard du *rhumatisme articulaire* ou *goutteux*, qui, pour eux, est une affection exclusivement dévolue aux grandes articulations. Quant à nous, comme nous le prouverons plus tard, nous ne voyons pas assez

de différence entre la goutte et le rhumatisme goutteux de ces auteurs pour distinguer génériquement celle-ci d'avec celle-là. Sans doute, à une époque où la dénomination de rhumatisme ne s'appliquait qu'aux muscles, on faisait bien d'opposer le rhumatisme à l'arthritis ou goutte, affection des articulations. Mais, dès que, par une analogie d'ailleurs très bien fondée, on a étendu ce terme de rhumatisme à l'affection des grandes articulations, il n'y a nulle raison de s'arrêter dans la route de l'analogie, et de ne pas continuer l'extension du terme jusqu'à l'affection des petites articulations. Il n'y a donc plus lieu à distinguer la goutte du rhumatisme, sinon pour la consolation des malades à qui le premier nom causerait trop d'effroi.

SECTION PREMIÈRE.

Étiologie.

§ Ier. — Causes prédisposantes.

L'étiologie du rhumatisme articulaire est un point assez obscur. Mais avant tout, on ne peut s'empêcher de reconnaître la nécessité d'une prédisposition interne, occulte, mais réelle, pour la production de cette affection. Que l'on ne cherche pas à dire en quoi cette prédisposition consiste. Nous ne l'attribuons, nous, ni à un *âcre,* ni à un *virus,* ni à une *humeur.* Mais, par cela même que nous ne faisons aucune hypothèse qui aide à en conserver l'idée, nous nous garderons bien de ne noter *qu'en passant,* comme l'a fait l'auteur des *Nouvelles recherches sur le Rhumatisme,* cette condition capitale, essentielle, irrécusable, cette condition *sine quâ non.* Il faut, au contraire, la proclamer bien haut, la graver aussi profondément que possible dans notre esprit, crainte que nous ne la perdions de vue après l'avoir reléguée à l'écart et mentionnée comme à regret. Il y a en vérité, peu de philosophie à négliger, à mettre dans l'ombre les causes dont la raison doit nécessairement reconnaître l'existence, mais dont on ne peut déterminer la nature. Les esprits superficiels et peu méditatifs ne sont que trop portés à les traiter d'abstractions et de rêveries ontologiques, et prêts, en revanche, à exalter et à exagérer l'influence de quelques-unes de ces causes sensibles, dites *occasionnelles* ou *déterminantes.* Or, s'il m'est permis de me citer moi-même ici, voici comment, dès ma prise de possession de la toge doctorale, je proclamais la haute valeur étiologique des prédispositions. « Les » influences combinées de l'alimentation, de » l'air, des eaux, de la température, etc., mo- » difient l'organisme de vingt manières diffé- » rentes, et créent en lui les diathèses ou » prédispositions variées, sans lesquelles les » causes déterminantes n'ont qu'une faible » puissance. Si l'on nie ces prédispositions par » cela seul qu'elles sont souvent inappréciables, on ne conçoit plus comment, sur plusieurs individus qui se seront exposés à un » changement brusque de température, l'un » aura une pleurésie, l'autre des rhumatismes, » le troisième une fièvre éphémère ; comment » le quatrième n'éprouvera aucune espèce » d'accident, etc. » (*Quelques propositions de Philosoph méd.*, Thèse inaug., 1829, n° 21, page 14.)

La prédisposition rhumatismale est, il faut l'avouer, de celles qu'aucun signe infaillible ne fait reconnaître à l'avance; c'est (qu'on me passe ici un langage métaphorique, qui me paraît bien propre à peindre la vérité, c'est, dis-je, une mine souterraine et cachée qui ne se révèle à ses victimes qu'à l'instant même de son explosion. L'existence de la prédisposition ne devient certaine chez tel ou tel individu que par le fait même d'une attaque actuelle de rhumatisme articulaire. Cependant, l'attaque une fois passée, il est, sinon certain, du moins très probable, que la prédisposition existe toujours chez cet individu, et que tôt ou tard elle aura sa fatale manifestation, soit en étant mise en jeu par quelque cause déterminante banale, soit par une sorte d'éclosion spontanée en l'absence même de toute provocation occasionnelle. Effectivement, la circonstance la plus propre à faire craindre de futures attaques de rhumatisme articulaire, c'est d'en avoir déjà été atteint. L'expérience journalière montre que, une première attaque une fois survenue, il en vient ordinairement une seconde au bout d'un certain laps de temps. Les intervalles des attaques sont très variables. Quelquefois l'intervalle n'est que d'un an ou deux ; d'autres fois, il est de quatre, cinq, six et même dix ans. (Voir nos VIe, Xe, XIe, XIVe, XVIe, XIXe, XXVIe observ.) M. Chomel a vu un cas de récidive qui n'eut lieu que vingt-deux ans après la première attaque (*Th. inaug.*, p. 59) ; et, durant cet espace de temps, il n'y avait eu de loin à loin que de faibles et vagues douleurs, imperceptibles lueurs de rhumatisme, qui n'avaient pas, à proprement parler, interrompu le cours d'une santé florissante. Moi-même j'eus, au mois de mars 1825, à l'âge de 21 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui, dans une durée de quinze jours, prit, quitta, reprit, avec une excessive mobilité, presque toutes mes articulations; et voilà onze ans révolus que j'attends la récidive, qui n'est pas encore venue, mais qui, dans la règle, doit tôt ou tard venir. Plaise à Dieu, toutefois, que je sois dans l'exception ! Car, enfin, quelques exemples prouvent que le rhumatisme articulaire peut ne se montrer qu'une fois dans tout le cours de la vie, en formant exception à une règle qu'on

doit vraiment appeler générale. Mais ordinairement, pendant l'espèce de sommeil de la cause rhumatismale, il y a, de temps à autre, quelques légers ressentimens de douleurs, soit dans les muscles, soit dans les articulations. C'est une opinion fort ancienne et fort accréditée que, plus les attaques sont violentes, plus longs en sont les intervalles. Quant à nous, nous ne voulons rien affirmer de bien positif à cet égard-là. Ce que nous savons bien et affirmons volontiers, c'est qu'après plusieurs attaques les récidives surviennent sous l'influence de causes plus légères; elles succèdent plus facilement à l'impression du froid, à un excès de table, à l'abus des plaisirs de l'amour. Une vie sobre et modérée sert, en général, à éloigner, sinon à prévenir, les rechutes. Il est vrai de dire, cependant, que l'observance exacte de l'hygiène n'est pas toujours récompensée, et que, bien souvent, la tempérance et la continence semblent avoir perdu tout pouvoir prophylactique. Les récidives sont quelquefois comme périodiques, et reviennent constamment à une certaine époque de l'année, au printemps, par exemple, ou à l'automne. Barthez a même vu l'affection reparaître deux fois par an, aux solstices d'hiver et d'été. Mais après un laps de plusieurs années, ce caractère de périodicité disparaît d'ordinaire, et les intervalles deviennent tout-à-fait inégaux et irréguliers.

Il y a encore une autre circonstance étiologique presque équivalente à celle que nous venons de signaler: c'est d'être né de parens rhumatisans ou goutteux. Quand on a cette triste origine, on a eu, pour ainsi dire, sa première attaque dans la personne de ses ascendans. Sur soixante-douze malades que M. Chomel interrogea là-dessus à l'époque où il préparait sa thèse, trente-six se trouvèrent être issus d'origine rhumatisante, vingt-quatre étaient nés de parens sains, et douze ne purent donner de renseignemens à ce sujet. Les histoires détaillées de ces maladies sont encore toutes entre nos mains. Hé! bien, l'hérédité est donc là établie dans la moitié des cas. Peut-on considérer un tel rapport comme une simple coïncidence? Bien peu de causes, en pathologie, fondent leur droit à être reconnues sur une fréquence relative plus grande, sur un privilége plus étendu que celui d'être signalées une fois sur dix dans les maladies dont on leur attribue la production; et cela n'a rien de surprenant: tant sont complexes et variées les influences qui contribuent à déterminer les troubles de l'organisme! Au surplus, la plupart des observateurs ont reconnu la transmission héréditaire du rhumatisme articulaire, et surtout de la goutte, qui, on le sait, n'est pour nous pas autre chose qu'une forme de celui-ci. Cette vérité a été avouée jusque dans les rangs mêmes de cette école dite physiologique, qui a pourtant peu de penchant à reconnaître l'hérédité morbide, la qualifie généralement de mystère ontologique, et préfère y substituer bon gré malgré son thème favori d'explication universelle, l'irritation. M. le docteur Roche, un des écrivains les plus distingués de cette secte médicale, dit, dans l'article *Arthrite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, avoir lui-même observé des cas dans lesquels il y avait de fortes *présomptions* d'hérédité. Eh! sans doute, dans chaque cas considéré individuellement, l'hérédité n'est qu'une *présomption;* car un simple hasard, un concours fortuit des mêmes circonstances morbifiques, sans aucune propagation héréditaire, pourrait produire la même maladie chez l'aïeul, le père et le fils. Mais si la masse de ces cas est considérable (et elle l'est effectivement), il n'y a pas seulement présomption, mais probabilité grande, et si grande qu'elle équivaut à la certitude pour quiconque ne pousse pas le doute médical jusqu'à un ridicule pyrrhonisme. Certes, le rhumatisme articulaire est bien une des maladies auxquelles s'applique le plus particulièrement cette comparaison si frappante et si juste de Baillou, l'Hippocrate français du seizième siècle: *Ut bonorum hæreditates, ita et morborum successiones adposteros perveniunt* (Ballonii *Consiliorum medicinalium,* Lib. III. Cons. 2). Ici encore, ne cherchons point à imaginer comment s'opère la transmission héréditaire de la maladie. N'allons pas dire, par exemple, avec Helvétius, praticien célèbre du siècle dernier, que l'hérédité de la goutte tient à un trop grand épaississement de la synovie, qui, dès le temps de la conception, a reçu cette mauvaise qualité répandue dans le sang du père ou de la mère. (Helv. *Tr. des maladies.*) Une telle hypothèse, ou toute autre inventée dans le même but, ne peut que déparer et décréditer la vérité qu'elle a la fausse prétention d'expliquer. Une cause une fois rendue probable par la seule observation des faits, n'essayons pas d'en rendre raison, si cela est impossible dans l'état actuel de la science; mais gardons-nous aussi de la rejeter à titre de chose inexplicable et mystérieuse: en étiologie, il faut se tenir ferme entre ces deux écueils.

Si l'on en croit un préjugé vulgaire, la goutte sauterait une génération; le petit-fils d'un goutteux serait plus inévitablement atteint que le fils lui-même. Mais cela, en tant que proposition générale, n'est pas moins démenti par les faits que réprouvé par la théorie. Sans doute, il y a quelques cas d'exception. Ainsi, par exemple, Amatus Lusitanus (*Centurie IVe, cure* 51e) cite une femme tourmentée de la goutte de fort bonne heure et pendant toute sa vie, dont les aïeuls avaient été goutteux, mais dont les parens (*Parentes*, c'est-à-dire, le père et la mère)

ne l'avaient pas été, et qui, parvenue à l'âge de cinquante-trois ans, n'avait encore vu aucun de ses enfans être atteint de goutte. On conçoit, il est vrai, qu'un individu, tout en ayant hérité de son père ou de sa mère la prédisposition rhumatismale ou goutteuse, échappe heureusement aux manifestations effectives de cette prédisposition, et que pourtant elle ne s'en transmette pas moins de lui à ses enfans, et ne soit mise à effet que chez ces derniers. C'est là une anomalie fort expliquable comme exception, mais qui, érigée en règle, touche de près au merveilleux. Or le merveilleux a toujours grande chance d'être cru par la foule.

Après ces deux causes prédisposantes, ou plus exactement, ces deux circonstances commémoratives, savoir la manifestation antérieure d'un rhumatisme articulaire et l'imminence héréditaire, circonstances qui prouvent irréfutablement l'existence et l'importance d'une prédisposition particulière, il n'y a plus à signaler aucune condition étiologique qui ait ainsi une valeur presque spécifique, et qui fournisse autant de fondement à la prévision de l'éventualité des rhumatismes articulaires. Parmi les influences extérieures de climat, de saison, de température, d'alimentation, etc., comme parmi les qualités toutes personnelles et tout intrinsèques d'âge, de sexe, de tempérament, etc., nous n'avons à remarquer aucune cause prédisposante qui ne soit obscure et plus ou moins contestable, aucune dont l'action ne soit limitée à un petit nombre d'individus, aucune qui paraisse évidemment plus puissante pour produire les affections rhumatismales et goutteuses que telle ou telle autre maladie.

Certes, nous n'ignorons pas et nous ne voulons pas dissimuler que l'action combinée du froid et de l'humidité contribue, et de beaucoup, à engendrer à la longue la prédisposition rhumatismale.

Nous savons, en effet, que les climats tempérés où le froid sec règne très rarement, où l'atmosphère, dans ses jours de rigueur, est presque toujours humide en même temps que froide, sont plus favorables à la production du rhumatisme articulaire, que les climats très froids ou très chauds. La France, la Hollande, l'Allemagne et l'Angleterre comptent une nombreuse population de rhumatisans et de goutteux. Dans les pays du Nord et du Midi il y a moins de ces malades, au rapport des auteurs. Barthez, par exemple, assure que le rhumatisme est rare dans la Laponie et l'Amérique septentrionale. (*Traité des maladies goutteuses*, t. I, p. 308.) Ponsard dit que l'Italie et l'Espagne y sont moins sujettes que les contrées de l'Europe centrale (*Traité de la goutte et du rhumatisme*, p. 465). Je me rappelle bien, pour ma part, avoir vu peu de rhumatismes articulaires parmi les maladies du grand hôpital *degl' Incurabili* à Naples, ville où je passai un hiver entier (en 1832-33).

De cette influence des climats, on peut induire, par analogie, quelle est l'influence des saisons diverses. Ce n'est pas, en général, quand le temps est très froid ou très chaud, au cœur de l'hiver ou de l'été, que se développent les affections rhumatismales: elles deviennent d'autant plus fréquentes qu'on est plus loin de ces deux extrêmes, et qu'on est plus près des deux époques opposées, savoir l'équinoxe de printemps et celui d'automne. Mais, au demeurant, elles peuvent se produire en toute saison. Car d'abord toute saison, surtout dans nos climats, est susceptible d'offrir de soudaines et fréquentes vicissitudes de température; nos hivers même sont généralement plus incommodes par une perpétuelle variation dans l'intensité du froid humide, que par une trop longue durée d'un froid sec et rigoureux. Puis, en second lieu, les rhumatismes articulaires se développent aussi, indépendamment des influences météorologiques, par l'action de causes tout autres, et quelquefois même, pour ainsi dire, par une force intérieure de germination chez l'individu affecté. Aussi les grands observateurs de l'antiquité et de l'âge moderne n'ont-ils énoncé qu'avec restriction la part des saisons dans la production des maladies rhumatismales et goutteuses. Hippocrate dit: « Les maladies goutteuses se » manifestent *le plus souvent* au printemps et » à l'automne (1). » (*Aphor.* VI, 55.) Sydenham: « *Nullo non tempore incessit hic morbus,* » MAXIME *autumno.* » (cap. Rheumatismus.)

Nous savons encore (et qui ne le sait?) que l'habitation dans des maisons récemment construites, ou humides par toute autre cause, prédispose puissamment au rhumatisme articulaire. Presque tous les auteurs en ont parlé, et le vulgaire même ne l'ignore pas. Je crois moi-même avoir droit d'en être convaincu par une expérience toute personnelle. Le rhumatisme articulaire dont je fus atteint il y a onze ans, eut pour cause occasionnelle évidente la suppression d'une abondante épistaxis que j'arrêtai, comme je l'avais fait impunément bien des fois auparavant, avec des arrosemens d'eau froide sur le visage : depuis encore, j'ai quelquefois supprimé de la même façon mes habituels saignemens de nez, et sans mésaventure aucune. Mais, lors de ma maladie, j'habitais depuis deux ans, au rez-de-chaussée, une chambre très humide, dont un côté même était adossé à un terrassement de jardin, et se trouvait ainsi comme un mur de cave. Voilà la seule cause appréciable que je puisse accuser d'avoir créé en moi la prédisposition rhu-

(1) Τὰ ποδαγρικὰ τοῦ ἦρος καὶ τοῦ φθινοπώρου κινέεται ὡς ἐπὶ τὸ πολύ.

matismale, en l'absence de toute hérédité tant du côté paternel que du côté maternel. Nous nous sommes plu à signaler la même cause prédisposante dans notre Ire observation, et nous la signalerons encore par la suite (IXe, Xe, XIXe, XXe, XXIe observat.). Mais enfin, tout en reconnaissant que le froid humide est certainement une des causes prédisposantes du rhumatisme articulaire, il ne faut pas cependant, avec certains auteurs, l'ériger en cause unique et spécifique. Ce serait là une exagération, une assertion tout-à-fait erronée. Car, après tout, de tous les individus qui se trouvent également soumis, dans un même climat, dans une même saison, dans une même localité, à l'influence commune du froid humide, il n'y en a qu'un nombre relativement fort petit qui soit atteint de rhumatismes articulaires; les autres restent bien portans, ou sont attaqués des maladies les plus diverses.

Sans aucun doute, une alimentation trop succulente, et l'usage trop large des vins généreux, favorisent les fréquens retours du rhumatisme articulaire, et en déterminent ainsi la manifestation sous forme de goutte proprement dite. Mais ces causes sont-elles suffisantes pour produire, à elles seules, la prédisposition, et la pousser même jusqu'à une évolution complète entière? Ne sont-elles qu'accesssoires, et, pour ainsi dire, adjuvantes, et n'exigent-elles pas la prédisposition spécifique plutôt qu'elles ne la créent? Ou bien encore, empruntant à la statique un langage exact et précis, devons-nous les considérer comme forces composantes, qui concourent de pair avec d'autres composantes, comme l'abus des plaisirs érotiques, l'oisiveté, et autres circonstances appréciables ou non, à produire pour résultante la diathèse rhumatismale ou goutteuse?

Croirons-nous, comme quelques auteurs, et, entre autres, Ponsard (p. 479), que le cidre et la bière aient une influence spéciale sur la production des rhumatismes articulaires? Dans les pays où l'on fait grand usage de ces boissons, comme, par exemple, en Normandie et en Angleterre, on a remarqué une proportion excessive de rhumatisans et de goutteux dans la masse générale des malades. Mais il faut observer que ces pays-là sont froids et humides, et que c'est par cela même qu'on n'y a pas de vin pour boisson commune et habituelle, la vigne n'y trouvant pas de lieu favorable pour croître et prospérer. L'humidité de l'air pourrait bien être la seule coupable. Dans les pays où l'on boit indifféremment du vin, du cidre ou de la bière, on n'a pas remarqué que les buveurs de bière et de cidre fussent plus sujets aux rhumatismes articulaires et à la goutte que ne le sont les buveurs de vin. Si cela était vrai, ce serait jusqu'à un certain point contraire à l'adage des anciens: *Podagra Bacchi Venerisque filia.* Voilà donc encore un objet d'étude pour les médecins qui exercent dans les localités où peut être faite en grand cette comparaison de l'influence des diverses boissons.

Voyons maintenant quelle est la part de l'âge dans la production des rhumatismes articulaires. En général, la première attaque a lieu de quinze à trente ans. Sur soixante-treize rhumatisans que M. Chomel interrogea à cet égard à l'époque où il recueillait les matériaux de sa thèse inaugurale, il s'en trouva trente-cinq qui avaient été atteints, pour la première fois, de 15 à 30 ans: vingt-deux, de 30 à 40: sept, de 45 à 60: sept après 60 ans: deux au dessous de 15 ans; l'un dans sa neuvième année, l'autre dans sa dixième. Ce relevé de M. Chomel tombe d'accord avec le témoignage de la plupart des auteurs qui signalent la jeunesse et la virilité comme les âges les plus propres au développement des rhumatismes articulaires. Citons en preuve les plus célèbres, Sydenham (*Loco citato*), Boerhaave (*Aphor.* 1491), Bullen (*Méd. Prat.*, no 437). Mais, une fois la première attaque ainsi survenue dans la fleur ou la maturité des ans, la prédisposition rhumatismale va d'ordinaire s'aggravant avec le progrès de l'âge, et se manifeste de plus en plus jusqu'au dernier terme de la vie. Viennent d'abord les récidives à longs intervalles, à intervalles triennaux, quinquennaux, etc., tels que nous les avons signalés ci-dessus. Plus tard, les attaques deviennent généralement plus fréquentes dans leurs retours, plus longues dans leur durée, et souvent plus graves dans leurs symptômes et dans leurs suites. Cette déplorable aggravation de la diathèse rhumatismale a ordinairement lieu vers la quarantaine ou la cinquantaine. On voit par le relevé même de M. Chomel qu'il est rare, mais non pas impossible, que le rhumatisme articulaire sévisse dans l'enfance et précède la puberté. Il ne conviendrait pas de répéter, après Hippocrate: « On n'est pas goutteux avant l'âge » où se goûtent les plaisirs de Vénus. » (*Aphor.* » 30 de la section VI.) (1). L'oracle de Cos est ici en défaut, du moins quant à nos contrées et quant à notre siècle; car bien des exemples contraires se trouvent déjà recueillis dans les fastes de la science. Il est bon de remarquer que dans les cas où l'enfance est ainsi atteinte contre la règle, c'est presque toujours sous la triste influence de l'hérédité. Ainsi Morgagni (Epist. LVII, art. 4) parle de jeunes garçons qui, à peine sortis de l'enfance, furent pris de douleurs atroces dans les articulations, mais dont, à sa propre connaissance, le père, le grand-père et le bisaïeul étaient goutteux. M. le professeur Andral cite dans ses leçons

(1) Παῖς οὐ ποδαγριᾷ πρὸ τοῦ ἀφροδισιασμοῦ.

orales le cas d'une jeune personne qu'il a vue atteinte, à l'âge d'environ dix ans, d'un rhumatisme articulaire aigu: c'est la fille aînée d'une dame qui, à douze ans, avait été elle-même attaquée d'une pareille affection (et vraisemblablement aussi en vertu d'une aptitude héréditaire), et qui depuis cette attaque précoce est restée sujette à de fréquentes récidives. Le fait suivant, recueilli à la clinique de l'Hôtel-Dieu, nous offre un exemple analogue.

VIe OBSERVATION (1).

Hypertrophie du cœur. Rhumatisme héréditaire: première attaque à 13 ans; seconde attaque à 14 ans; troisième attaque à 19 ans, laquelle amène successivement un lumbago, une sciatique, et des entérites. Usage du colchique. Guérison du rhumatisme en une quinzaine de jours.

Le 22 octobre 1833, entra à l'Hôtel Dieu, salle Sainte-Madeleine, no 27, Corbin (Victor), peintre en bâtimens, âgé de 19 ans, pour y être traité d'une hypertrophie du cœur qui avait commencé à se manifester il y avait deux ans, et dont nous ne jugeons pas à propos de détailler ici les symptômes, consignés, d'ailleurs, dans l'histoire originale que nous avons sous les yeux et d'où nous n'extrayons particulièrement que ce qui a trait à l'étude du rhumatisme.

Sous l'influence des évacuations sanguines, de la digitale et d'un régime sévère, l'impulsion du cœur était devenue moins énergique, et le pouls était descendu de 70 pulsations à 54 par minute, lorsque, le 22 novembre, notre malade sentit durant la nuit ses reins devenir douloureux. On ne fit pas d'abord attention à ce léger lumbago, qui n'empêcha ni la station ni la progression pendant les deux jours suivans, quoique la jambe gauche fût bien aussi un peu raide.

Le 26 novembre, la douleur lombaire ayant acquis plus d'intensité, et, de plus, la cuisse et la jambe droite étant devenues douloureuses dans le trajet du nerf sciatique, quinze sangsues furent appliquées sur les lombes, produisirent une abondante perte de sang, et déterminèrent un notable soulagement.

Le lendemain 27, les deux genoux et les deux coude-pieds se trouvèrent rhumatisés; il y avait aussi de la fièvre. Une saignée de deux palettes et demie, et l'usage des cataplasmes émolliens, diminuèrent les douleurs articulaires sans les enlever tout-à-fait. Depuis lors, les deux genoux, les deux coude-pieds et les deux articulations ilio-fémorales furent toujours un peu douloureuses.

Le 29, on administra un demi-gros de teinture de colchique, qui occasiona trois selles. Les jours suivans, on essaya d'en augmenter la dose, ce qui amena des vomissemens en même temps que des évacuations alvines. Pendant cette superpurgation, les douleurs articulaires diminuaient; puis elles reprenaient de plus belle, dès qu'on cessait l'usage du colchique, ou qu'on en donnait une dose moindre.

Dès l'invasion du rhumatisme articulaire, le jeune Corbin, sur les interrogations de M. Chomel, avait déclaré que son père, qui avait été vingt-trois ans soldat, était très sujet aux rhumatismes, et que, lui, il avait déjà subi plusieurs attaques; une première, à treize ans, assez légère, et bornée aux jambes; puis une seconde, à quatorze ans, laquelle l'avait tenu au lit environ six mois, et avait été remarquable par l'excessive mobilité des douleurs, qui voyageaient d'un membre à l'autre, attaquaient les doigts, les abandonnaient pour se transporter à l'épaule, allaient de là aux pieds, etc.

Le 5 décembre, les douleurs articulaires se trouvant fort diminuées, les palpitations de cœur reparurent. Pendant les jours suivans, les douleurs articulaires s'éteignirent complètement, et les palpitations continuèrent: celles-ci, cependant, finirent aussi par céder à la digitale, dont on reprit l'usage.

Vers le milieu de janvier, le malade se trouva passablement bien, et voulut sortir. *Exeat*, le 20 janvier 1834.

Une influence épidémique ne peut-elle pas aussi, de même que l'influence héréditaire, enlever aux impubères le privilége ordinaire et naturel qu'ils ont d'être préservés du rhumatisme articulaire et de la goutte? Citerons-nous, à l'appui d'une décision affirmative, l'épidémie de goutte dont parle Athénée, et qui, d'après le récit de cet auteur (voir plus bas, *même article*, sect. II, § XIII), n'aurait épargné ni les eunuques, ni les femmes, ni les jeunes garçons et jeunes filles impubères, et aurait même sévi jusque sur les troupeaux de moutons? Mais le fait a-t-il toute l'authenticité désirable?

Quoi qu'il en soit, le rhumatisme articulaire est donc une exception dans l'enfance, et une exception d'autant plus rare à rencontrer qu'on voudra la trouver plus en deçà de la puberté. Nous ne partageons pas là-dessus l'opinion paradoxale du docteur Teilhard-la-Terrisse, qui a pris pour sujet de sa thèse inaugurale l'arthrite aiguë des nouveaux-nés (*Thèses de Paris*, 1833, no 337), et qui a prétendu que cette affection était beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément. Cette dissertation, pour quiconque la lira attentivement, ne nous paraît point du tout propre à démontrer, je ne dirai pas la fréquence, mais l'existence réelle de la maladie en question. Les trois observations recueillies dans le service de M. Baron, sur lesquelles l'auteur s'appuie, sont intéressantes, sans doute, mais

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

ne sont rien moins que concluantes dans le sens de la thèse. En effet, point de symptômes articulaires ne furent remarqués durant le cours de la vie dans aucun de ces trois cas. L'idée d'une arthrite ne vint qu'à l'autopsie, parce qu'on trouva du pus dans les articulations. Mais, dans deux de ces cas, il y avait aussi du pus dans d'autres parties, dans le parenchyme des poumons, dans les espaces inter-musculaires. N'étaient-ce donc pas là des cas d'infection purulente plutôt que des cas d'arthrite véritable et idiopathique? A coup sûr, nous ne pouvons les admettre comme cas d'arthrite rhumatismale, tant à raison de l'absence de douleur pendant la vie, qu'à raison de la suppuration trouvée, à l'autopsie, dans les cavités articulaires.

Finissons ce qui est relatif à la rareté du rhumatisme articulaire chez les enfans du premier âge, en rappelant comment Bichat se rendait compte du fait. Il en trouvait une explication toute simple dans la mollesse même du système fibreux à cette période de la vie. Il pensait que ce système, qui, à ses yeux, était probablement le siége spécial du rhumatisme, n'avait pas encore acquis son mode propre de vitalité, et par conséquent n'était pas encore apte à développer les maladies à lui propres.

Quel est le sexe le plus sujet aux affections rhumatismales articulaires et à la goutte? C'est, incontestablement, le sexe mâle. Mais il n'y a rien de plus erroné aujourd'hui que cet aphorisme hippocratique (sect. VI, *aphor.* 29), où il est dit : « *La femme n'a la goutte qu'après la cessation des règles* (1). » Arétée, Galien, et avant eux Sénèque même, qui n'était pourtant pas médecin, en avaient reconnu la fausseté, du moins quant aux femmes de leur temps. Mais plutôt que d'accuser Hippocrate d'erreur, attribuerons-nous, avec le philosophe latin, à la dépravation des mœurs la perte d'un privilége naturel au sexe féminin? Quoi qu'il en soit, je céde au plaisir de reproduire l'énergique et pittoresque passage de Sénèque.

« Le plus grand des médecins, le créateur de » l'art, a dit que les femmes ne devenaient ni » chauves ni goutteuses. Or, aujourd'hui leurs » cheveux tombent et leurs pieds sont pris de » goutte. Les femmes n'ont pas changé de na- » ture, mais de vie; car, devenues les égales » des hommes en fait de licence, elles le sont » aussi devenues en fait d'infirmités corporel- » les. Leurs veilles ne sont pas moins prolon- » gées, leurs excès de boisson ne sont pas moin- » dres. En dépenses d'huile et de vin, elles » portent défi aux hommes. Elles rejettent éga- » lement par régurgitation la surcharge de leurs » entrailles, et rendent en vomissemens tout » ce qu'elles ont avalé de vin; elles mangent » également de la neige pour apaiser les ar- » deur de leur estomac. En libertinage, elles » ne le cèdent pas non plus au sexe masculin, » elles, nées pour un autre rôle. Maudites soient- » elles! tant est monstrueux leur nouveau genre » de débauche! elles se font hommes. Qu'y a-t- » il donc d'étonnant que le plus grand des mé- » decins, le plus habile observateur de la na- » ture, soit convaincu d'avoir dit faux, puisque » tant de femmes sont goutteuses et chauves? » C'est qu'elles ont perdu, à force de vices, le » privilége de leur sexe; et comme elles n'ont » presque plus rien de féminin, elles sont con- » damnées aux maladies de l'autre sexe (2). »

Il est clair que de pareilles mœurs étaient bien faites pour multiplier considérablement les affections rhumatismales et goutteuses parmi les femmes dans les rangs à la fois les plus élevés et les plus corrompus de la société romaine sous les empereurs, de manière à donner un éclatant démenti à l'aphorisme du père de la médecine. Nous croyons, toutefois, que le sexe féminin, encore moins que l'enfance n'a jamais joui d'une immunité absolue. Et si nous voyons toujours la goutte être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, cela tient sans doute, moins à la diversité de constitution de l'un et l'autre sexe qu'à la diversité du genre de vie. C'est, en effet, le sexe masculin qui est le plus adonné aux excès de veille, de gourmandise, d'ivrognerie et de libertinage; c'est lui aussi qui est le plus sujet à passer brusquement d'une existence active à une existence sédentaire, transition non moins favorable que les excès même de tout genre à la production du rhumatisme articulaire et de la goutte.

Quelques auteurs, dont le respect pour l'autorité d'Hippocrate allait jusqu'à la superstition, et qui se refusaient à jamais trouver en défaut ce grand homme, ont cherché à réhabiliter l'aphorisme en l'interprétant, et l'ont tenu pour vrai en ce sens que les femmes ne seraient atteintes de goutte qu'autant qu'il y a, sinon cessation définitive et naturelle de la menstruation, du moins dérangement accidentel de cette fonction. Mais cela même est démenti par des faits nombreux. Nous ne sommes que dans l'embar-

(1) Γυνὴ οὐ ποδαγριᾶ, ἢν μὴ τὰ καταμήνια αὐτέη ἐκλίπῃ.

(2) Maximus ille medicorum, et hujus scientiæ conditor, feminis nec capillos defluere dixit, nec pedes laborare. Atque hæ jam, et capillis destituuntur, et pedibus ægræ sunt. Non mutata feminarum natura, sed vita est. Nam quum virorum licentiam æquaverint, corporum quoque virilium vitia æquaverunt. Non minus pervigilant, non minus potant, et oleo et mero viros provocant: æquè invitis ingesta visceribus per os reddunt, et vinum omne vomitu remetiuntur: æquè nivem rodunt, solatium stomachi æstuantis. Libidine vero, nec maribus quidem cedunt, pati natæ. Dii illas deæque male perdant: adeo perversum commentæ genus impudicitiæ: viros incunt. Quid ergo mirandum est, maximum medicorum ac naturæ peritissimum, in mendacio prehendi, quum tot feminæ podagricæ calvæque sint? Beneficium sexûs sui vitiis perdiderunt; et quia feminam exuerunt, damnatæ sunt morbis virilibus. SENEC. Epist. XCV.

ras du choix pour la citation. Cette femme goutteuse qui fait le sujet de la 51me cure de la IVme centurie d'Amatus Lusitanus, et dont nous avons parlé à propos de l'hérédité, avait toujours été très régulièrement menstruée. M. le docteur Ferrus, dans son article *Goutte, du Dictionnaire de Médecine* (t. X, p. 314, en 21 vol.), dit avoir sous les yeux quatre malades goutteuses chez lesquelles la menstruation était très régulière, quoique la maladie durât depuis plusieurs années. J'ai moi-même rencontré un semblable cas de coïncidence de la diathèse goutteuse avec une menstruation régulière chez une dame de mes clientes.

A en croire quelques auteurs, à la tête desquels se trouve Hippocrate (1), les eunuques, ces êtres de sexe neutre, auraient le privilége d'être exempts de la goutte ; mais c'est une assertion que nous ne voulons pas garantir. Il est, au contraire, des témoignages positifs à opposer à ce témoignage négatif. Sans nous fonder ici sur l'arthrite épidémique dont nous avons parlé ci-dessus, et à l'abri de laquelle les eunuques en général n'auraient point été, nous n'aurions qu'à citer le cas bien nettement et bien particulièrement spécifié de cet eunuque turc, âgé de quarante ans, qu'Antoine Musa Brassavole vit à Venise, et qui était tourmenté par des douleurs articulaires (Ant. M. Brassavole, *ad aphor.* 28, sect. VI.); car mille faits positifs ne sauraient prévaloir contre un seul fait négatif, que nulle raison valable n'autorise à révoquer en doute.

Aucun tempérament n'est à l'abri des affections rhumatismales et goutteuses. Toutefois, quelques médecins ont avancé que le tempérament sanguin y est le plus exposé. M. Chomel, lors de son internat, fit le relevé comparatif de tous les cas de rhumatisme articulaire, afin de confirmer ou d'infirmer cette assertion, et il obtint, il est vrai, un résultat confirmatif. Sur soixante-douze rhumatisans qu'il recensa sous ce point de vue, cinquante-trois avaient le tempérament sanguin, savoir : dix-neuf, le tempérament sanguin pur; vingt, le tempérament lymphatico-sanguin; quatre, le tempérament nervoso-sanguin; dix, le tempérament bilioso-sanguin; quatorze avaient le tempérament lymphatique, trois avaient le tempérament nerveux, et deux autres, enfin, le tempérament bilieux. Cette prédominance évidente du tempérament sanguin est d'autant plus à remarquer, que M. Chomel ne trouva rien de pareil à signaler sous le rapport des autres conditions individuelles d'organisation. Ainsi, sur ces mêmes soixante-douze individus, trente-quatre avaient une constitution forte; onze, une constitution faible; vingt-sept, une constitution de force moyenne; treize étaient gras, dix-neuf étaient maigres, quarante étaient d'un embonpoint médiocre. Sur soixante et un d'entre eux, seize avaient une stature élevée; vingt-deux, une stature petite; vingt-trois, une stature moyenne; quatorze avaient le teint brun; dix-sept, le teint pâle; vingt-sept, le teint clair mais animé; trois, un teint mal caractérisé; enfin dix-neuf avaient les cheveux noirs; vingt-sept, les cheveux châtains; quinze, les cheveux blonds. Or, en tout cela, eu égard au nombre total des individus observés, les divers nombres partiels n'offrent entre eux que des différences insignifiantes qui ne permettent aucune induction ni même aucune présomption.

Mais, pour que les résultats des relevés sur l'influence relative des tempéramens eussent réellement quelque valeur étiologique, il faudrait auparavant avoir la statistique des tempéramens dans les différens climats. Car, par exemple, là où les tempéramens sanguins sont en majorité, comme en France, il est clair que c'est parmi eux qu'on rencontre le plus grand nombre de cas d'une maladie donnée, indépendamment de la part d'influence que tel ou tel tempérament a dans la production de cette maladie. Or, l'immense statistique que nous demandons, n'a pas encore été dressée : c'est un long et difficile travail, qui ne peut être entrepris que par des médecins qui voyageraient longtemps dans les contrées les plus opposées. Les médecins d'armées, par exemple, pourraient le faire avec quelque succès.

Hippocrate a dit vers la fin du second livre du *Prorrhecticon* (2), et beaucoup d'autres ont répété après lui, que ceux qui ont été sujets à l'épistaxis dans leur enfance et leur jeunesse, sont particulièrement prédisposés aux douleurs articulaires. Enquête faite de cette circonstance dans les observations des soixante-douze rhumatisans dont nous venons de voir le relevé sous le rapport du tempérament, voici à quel résultat M. Chomel est parvenu : vingt-trois avaient eu des épistaxis ; dix-neuf affirmaient positivement n'en avoir jamais eu; chez les trente restans, l'existence ou l'absence des épistaxis est inconnue. Ainsi donc, un tiers des malades se trouverait dans la condition signalée par Hippocrate, ce qui, certes, est une proportion notable. Mais, pour qu'un tel résultat pût acquérir toute sa valeur, il faudrait, en faisant ce relevé sur une plus grande échelle, dresser aussi de semblables relevés sur l'existence ou l'absence du même précédent dans l'histoire de beaucoup d'autres maladies diverses.

(1) Εὐνοῦχοι οὐ ποδαγριωσιν, οὐδὲ φαλακροὶ γίνονται. —Ιπποκρ. Αφορισμ. VI. 28. « Les eunuques n'ont pas la goutte et ne deviennent point chauves. »

(2) Γίνεται δὲ τὸ νούσημα τοῦτο, οἷσιν ἐν τῇ παιδίῃ τε καὶ νεότητι ξύνηθες ἐὸν αἷμα ῥεῖν ἐκ τῶν ῥινῶν πέπαυται.

Enfin, l'oisiveté est aussi une des circonstances qui paraissent le plus propres, sinon à engendrer la prédisposition rhumatismale et goutteuse, du moins à l'accroître et à en déterminer fréquemment la manifestation effective. Ponsard remarquait, dans le siècle dernier, que la plupart des religieux étaient affectés de rhumatisme (page 481.) L'oisiveté, d'ailleurs, a une influence d'autant plus marquée qu'elle succède à une vie active, et qu'elle s'unit à la bonne chère. C'est ce qu'on a si souvent occasion de remarquer chez les anciens militaires, chez les négocians enrichis et retirés des affaires, etc., etc. (Voir la VIIIe observ.)

L'état puerpéral paraîtrait aussi constituer une sorte de prédisposition rhumatismale, à en juger par la fréquence relative des cas de rhumatisme articulaire chez les nouvelles accouchées. (Voir, par exemple, les Xe et XVIe observ.) Serait-ce simplement à raison du flux lochial, si sujet à se supprimer brusquement, et dont la suppression, comme celle de tant d'autres évacuations naturelles ou artificielles, agirait comme cause déterminante ?

Mais, il faut l'avouer, en résumé définitif, toutes les causes prédisposantes du rhumatisme articulaire sont environnées d'incertitude et d'obscurité. Sans doute, les affections rhumatismales et goutteuses se développeront le plus souvent dans les conditions sus-mentionnées; mais elles ne s'y développeront ni infailliblement ni exclusivement. Malgré la réunion de toutes ces conditions, elles peuvent quelquefois ne point se manifester; d'autres fois, au contraire, en l'absence de ces mêmes conditions, elles peuvent envahir l'économie.

§ II. Causes occasionnelles ou déterminantes.

Quant aux causes occasionnelles, elles n'ont qu'une importance secondaire. A quoi bon accuser, dans une longue et banale énumération, l'impression du froid, les émotions morales, les écarts de régime, la suppression des règles, etc., etc., etc. Toutes ces causes, dites déterminantes, qui, à elles seules, ne déterminent rien, ou qui déterminent indifféremment toute espèce de maladie, n'ont véritablement pas plus de valeur ici que dans les inflammations qu'on nomme spontanées. Le même sujet, chez qui elles paraissent avoir produit le développement de la maladie, se sera maintes fois auparavant, dans le cours de sa vie, impunément exposé à leur action. Elles sont comparables à l'étincelle, qui, par elle-même, n'a pas de puissance destructive, et s'éteint presque aussitôt qu'elle brille, mais qui entraîne les suites les plus terribles en tombant sur une charge de poudre.

Nous nous serions bornés sur ce point à ce peu de paroles, si l'on n'avait pas prétendu dernièrement que le froid humide est la cause déterminante par excellence, la cause unique et constante. (M. Bouillaud, *Recherches nouvelles*, p. 88, en note, et p. 91.) C'est une exagération déjà mise en avant par Giannini, déjà bien des fois réfutée par maint et maint observateur, et qui ressuscite cependant avec bruit aujourd'hui.

Oui, cent fois oui, le passage subit du chaud au froid est l'occasion la plus ordinaire du rhumatisme articulaire. Oui, l'on peut y réduire en dernière analyse une foule de cas divers. Oui, bon nombre d'individus sont atteints après s'être exposés à l'air froid en sortant du lit le matin; après avoir dormi dans un appartement dont on aura laissé, la nuit, les fenêtres ouvertes, à l'époque des grandes chaleurs; après s'être plongé le corps tout en sueur dans l'eau froide; après avoir laissé sécher la pluie sur leurs vêtemens tout mouillés (Ire observ.); après avoir substitué mal à propos les vêtemens légers aux vêtemens chauds; après avoir respiré l'air froid, ou avalé une boisson froide, à la suite d'exercices violens qui auront échauffé le corps; après avoir couché sur l'herbe fraîche ou la terre humide; après s'être refroidis brusquement en se déshabillant, ou en descendant dans une cave ou dans une glacière (IVe observ.), etc., etc. Tout cela, nous le savons et nous le croyons sur le témoignage des auteurs et d'après notre expérience personnelle. A toutes les observations que nous rapportons ici, et où ce genre de cause s'est montré, nous signalons cette étiologie dans la récapitulation initiale.

Mais que l'on remarque, d'un autre côté, l'absence de cette cause dans beaucoup d'autres observations. Est-ce à dire que nous ayons négligé d'interroger nos malades là-dessus? Non, sans doute. Mais c'est que la cause en question n'est pas aussi universelle qu'on le prétend. Depuis que la controverse s'est élevée sur ce point, on s'est enquis avec un soin tout particulier, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, si les rhumatismes articulaires aigus qu'on a eus à y traiter, avaient été ou non précédés d'un refroidissement. Hé bien, le résultat de cette enquête n'est point d'accord avec celui de la clinique de la Charité. Sur les neuf cas qui se sont présentés dans le premier trimestre du cours (novembre et décembre 1835, janvier 1836), il ne s'en trouve que deux dans lesquels le froid ait paru agir comme cause déterminante. (Voir le compte-rendu de M. le docteur Grisolle, chef de clinique, dans le *Journal hebdomadaire*, 1836, no 13.)

Ainsi donc, l'impression du froid sur l'économie n'est pas un antécédent constant et nécessaire dans la production du rhumatisme articulaire aigu. Et lors même que cet antécédent existe, qu'y a-t-il là, en vérité, qui soit parti-

culier au rhumatisme articulaire, et qu'on ne doive tout aussi bien, et peut-être même à meilleur droit, signaler à l'égard de l'angine, du catarrhe pulmonaire, de la pleurésie, de la pneumonie, etc., etc. ? Si l'action subite et momentanée du froid est une des occasions ordinaires de la maladie qui nous occupe, c'est qu'en effet c'est là aussi une occasion ordinaire et commune d'une foule de maladies. Et nous pensons même que, considéré comme cause déterminante, le froid humide a bien moins d'importance, bien moins de valeur propre, dans l'étiologie des rhumatismes articulaires, qu'on ne doit lui en attribuer quand on le considère comme cause prédisposante à raison de la prolongation indéfinie ou du fréquent renouvellement de son insalubre influence. C'est sous ce dernier point de vue, développé dans le paragraphe précédent, que le froid humide nous paraît surtout en rapport intime de causalité avec les affections rhumatismales. M. Bouillaud, tout en exagérant le premier point de vue, mais en s'y bornant, a rabaissé, à vrai dire, et non pas exalté, l'importance étiologique du froid.

Nous pourrions bien, à notre tour, employer le langage un peu dur dont on nous a donné l'exemple. Nous pourrions bien dire, à titre de justes représailles dans la forme, et à bon droit quant au fond, que c'est une étrange *manie de lèse-observation* que de ne vouloir avouer comme cause occasionnelle du rhumatisme que la seule action du froid. Nous éprouvons, nous aussi, une sorte de *pudeur médicale* à retracer ici une foule d'autres causes occasionnelles, qui, pour la plupart, sont évidentes comme le jour, et dont l'authenticité va même jusqu'à la trivialité.

Et d'abord, il est d'observation commune que le rhumatisme articulaire a quelquefois pour cause occasionnelle la suppression des évacuations tant naturelles qu'artificielles ou anomales: l'aménorrhée, par exemple, ou bien l'irrégularité et la diminution du flux menstruel; la brusque suspension de la sécrétion lactée et des lochies; la rétrocession des fleurs blanches, ou du flux hémorrhoïdal; la guérison inopportune d'un vieil ulcère; l'omission d'une saignée habituelle; le refoulement d'une épistaxis, d'une hémoptysie, ou de toute autre hémorragie, à l'aide d'une médication astringente mal à propos employée, etc., etc. Le témoignage des auteurs les plus recommandables, comme Stahl, Hoffmann, Storck, etc., et, ce qui vaut mieux encore, la pratique journalière en fait foi. Ainsi, dans notre IIIme observation, c'est bien l'aménorrhée qui doit être signalée comme cause occasionnelle. Dans la VIIIme, l'irrégularité du flux menstruel ne nous paraît certainement pas sans influence. Ce fut, comme je l'ai dit plus haut, à la rétropulsion d'une épistaxis que succéda le rhumatisme articulaire aigu dont je fus atteint. Citons encore comme exemple particulier, ressortissant à la même catégorie, mais comme fait plus rare, un cas de rhumatisme articulaire consécutif à la suppression d'une diarrhée par l'intermède d'astringens énergiques: cas rapporté par Joseph Lanzoni dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, centurie IX, obs. 10. Nous pourrions multiplier les citations; car les faits de ce genre abondent dans les fastes de la science. Mais nous ne voulons pourtant pas abuser de la patience de nos lecteurs pour démontrer une vérité trop vraie, qu'un esprit distingué a pourtant oublié un moment en se laissant préoccuper d'une idée générale et absolue.

Dans la collection des observations inédites de M. Chomel, il se trouve deux cas dans lesquels l'abus de l'excrétion spermatique paraît bien plutôt que le froid et l'humidité avoir servi de cause déterminante. En voici l'extrait, en ce qui est relatif à l'étiologie. Le malade de la cinquantième observation était un scieur de pierre, exposé depuis long-temps à toutes les intempéries atmosphériques, et qui n'en avait éprouvé jusque là aucune incommodité: au mois de février 1813, il fut attaqué d'un rhumatisme articulaire assez intense, à la suite d'excès inaccoutumés dans les plaisirs de l'amour. L'autre malade, objet de la soixante-septième observation, était un nouveau marié: depuis plusieurs années il couchait impunément dans des écuries étroites et humides: ce n'est que dans l'hiver qui suivit son mariage qu'il fut pris, pour la première fois, d'un rhumatisme articulaire aigu, et cela, très probablement, à cause des prouesses de la lune de miel. Dans ces deux cas, il y a donc grande raison de croire que l'influence habituelle du froid humide fut surtout une cause prédisposante, et que l'abus accidentel et extraordinaire des facultés génitales fut la principale cause déterminante.

En compulsant un grand nombre d'histoires particulières de rhumatisme articulaire aigu, on trouve encore beaucoup d'autres causes occasionnelles de différens genres à signaler. Mais, encore un coup, nous ne voulons qu'indiquer la vérité à nos lecteurs, et non pas la développer jusqu'à satiété.

Mettant donc de côté tout ce qui est trop vrai, trop clair, trop banal, venons-en, pour terminer le point de vue qui nous occupe dans ce paragraphe-ci, à la coïncidence assez remarquable, et pourtant jusqu'à présent peu remarquée, de la fièvre rhumatismale dans le déclin de certains cas de scarlatine. Je ne sache pas, en effet, qu'il en ait été fait mention ailleurs que dans quelques pages de journaux, savoir: par M. le docteur Pidoux, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 3e

année, p. 27; par le docteur Murray, dans le *Journal médico-chirurgical d'Edimbourg*, t. 33; et tout récemment par M. le docteur Grisolle, dans le *Journal hebdomadaire* (*loc. citat.*). M. Pidoux, sur huit cas où l'éruption scarlatineuse n'avait pas été très prononcée, a vu six fois le rhumatisme articulaire se déclarer peu de temps après la disparition des plaques rouges. Deux exemples d'une telle coïncidence se sont offerts, dans le premier trimestre de l'année scholaire 1835-36, à la clinique de l'Hôtel-Dieu; en voici les observations, telles qu'elles ont été déjà publiées par M. Grisolle dans le compte-rendu plus haut cité.

VIIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme aigu, articulaire et musculaire, survenu PENDANT UNE SCARLATINE RÉGULIÈRE. Hérédité rhumatismale nulle. Nul refroidissement. Point de signes concomitans de péricardite ou d'endocardite. Guérison du rhumatisme au bout de cinq jours, à la suite d'une application de 15 sangsues et d'une saignée de dix onces.

Dominique Grandjean, âgé de vingt ans, domestique, d'une très forte constitution, n'a jamais été malade; il est soumis à des conditions hygiéniques favorables, et est issu de parens qui n'ont jamais eu d'affections rhumatismales. Le 2 novembre dernier (1835), il éprouve du malaise, de la céphalalgie; il se plaint de mal à la gorge, ses yeux deviennent larmoyans, il a une fièvre intense; ces accidens persistent les jours suivans, et le 5 novembre une rougeur scarlatineuse a envahi toute la surface du corps. Entré ce jour même à la clinique, on constate l'existence d'une scarlatine miliaire simple, des mieux caractérisées.

Le malade reste dans son lit. Il n'avait été exposé à aucune cause de refroidissement, lorsque le 8, époque à laquelle la rougeur scarlatineuse commençait à pâlir, notre malade se plaint de remuer avec peine le bras gauche; il accuse des douleurs vives dans les portions charnues de tout le membre, et dans celles qui recouvrent les fosses sus-et-sous-épineuses. Le soir, il survient du gonflement au poignet gauche, le coude correspondant est douloureux à la moindre pression. Ces articulations ne sont ni rouges ni tuméfiées. La peau est chaude, le pouls bat 90 fois à la minute. (*Viol. miell.; lav.; 15 sangsues derrière les oreilles,* pour combattre une céphalalgie vive, dont se plaint le malade).

Le 9, les poignets, les coudes, les articulations tibio-tarsiennes, sont extrêmement douloureuses; le plus léger contact exaspère les souffrances. Il y a de la rougeur, de la tuméfaction, et beaucoup de douleurs dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; le pouls est à 100, il est large, dur et régulier; la respiration, pure partout, s'entend distinctement à la région précordiale. Celle-ci examinée avec soin ne présente point de voussure. Les battemens du cœur sont distincts, rapprochés de l'oreille; ils ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal. La chaleur est haliteuse; la rougeur scarlatineuse est presque éteinte, la céphalalgie n'existe plus. Rien à noter vers le tube digestif. (*Saignée de dix onces; cataplasme sur les articulations; viol. miell.; diète.*)

Le 10, le pouls est à 80, il conserve sa dureté; les douleurs ont complètement abandonné les membres inférieurs, elles occupent les poignets, les coudes, et les épaules, où elles sont encore très intenses; rien à noter du côté du cœur. (*Viol.; lav.; cat.*)

Le 11, le pouls large, bat 58 fois; les poignets sont libres; le malade n'éprouve que quelques légères douleurs dans les épaules et les coudes, il a de l'appétit.

Le 12, toutes les douleurs articulaires ont complètement cessé.

L'exfoliation de l'épiderme est en pleine activité le 16.

Le malade sort le 28 sans avoir eu de récidive et sans en être menacé. Le cœur examiné tous les jours ne nous a présenté aucune modification particulière dans son rhythme, dans la sonoréité de ses battemens, etc. Le malade n'a jamais eu de l'essouflement.

VIIIe OBSERVATION (2).

Rhumatisme musculaire et articulaire coïncidant AVEC UNE SCARLATINE A ÉRUPTION DOUTEUSE. Causes prédisposantes: transition d'une vie active à une vie plus sédentaire: alimentation plus substantielle qu'auparavant. Causes occasionnelles: irrégularité du flux menstruel: scarlatine? Point de symptômes de péricardite ni d'endocardite. Paralysie momentanée (*Rhumatismale?*) de la main gauche.

Catherine, âgée de 20 ans, couturière, d'une très forte constitution. Depuis 4 mois qu'elle habite Paris, elle fait moins d'exercice, elle a une nourriture plus substantielle que dans son pays. Depuis quelque temps ses règles ont éprouvé quelques retards dans leurs époques.

Entrée le 15 janvier (1836) à la clinique, elle accuse sept jours de maladie.

Cette maladie a débuté, le 8, sans cause appréciable par un frisson, par des douleurs lombaires qui se sont propagées dans la continuité des jambes et des bras. Dans les premiers jours, les mains ont été tuméfiées et peut-être rouges.

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

(2) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

Elle a eu de la céphalalgie sans épistaxis, quelques étourdissemens, des coliques et un peu de dévoiement.

Aujourd'hui (15 janvier), elle se plaint vivement des lombes, des membres supérieurs et inférieurs qu'elle peut à peine remuer. On ne trouve rien d'appréciable à l'extérieur, si ce n'est une rougeur érysipélateuse diffuse sur le dos des pieds, et un petit abcès dans l'aisselle droite, survenu spontanément. Douleurs générales de l'abdomen, langue un peu rouge et collante, râle sibilant dans la poitrine, pouls de 116 à 120. Rien de pathologique du côté du cœur. (*Saignée de douze onces.*)

Le 16, douleurs bornées dans les genoux, sans tuméfaction; langue un peu rouge et sèche; dévoiement; piqueté rouge dans les régions inguinales; pouls 120. (20 *sangsues à l'anus.*)

Le 17, il n'y a plus que de faibles traces des rougeurs piquetées des aînes; l'épaule gauche est douloureuse; la sensibilité du ventre diminuée (*Saignée de douze onces.*)

Le 18, sensibilité et gonflement du pied et du genou gauches, insensibilité complète de la main gauche: cette paralysie du sentiment remonte jusqu'au poignet, qui est douloureux et tuméfié. La malade remue les doigts sans pouvoir serrer aucun objet. Il n'y a aucun symptôme indiquant une affection cérébrale. Deux heures après, la sensibilité et la motilité étaient intactes dans la main gauche.

Le 19, rien à noter.

Le 20, la desquammation des régions inguinales se fait par plaques de deux à trois lignes. L'épiderme des mains et des pieds est rugueux, il se détache par lambeaux.

Les jours suivans, la desquammation continue; la fièvre tombe; les douleurs restent bornées dans le genou gauche, mais elles sont à peine marquées, et elles n'empêchent pas la malade de se promener toute la journée. Cette même douleur persiste encore le 8 février époque à laquelle cette femme a quitté l'hôpital. Le cœur n'a jamais présenté de phénomène morbide.

Vers cinq ou six semaines après, cette femme se trouvait bien portante.

La complication du rhumatisme avec la scarlatine n'était-elle due, dans les cas précédens et autres semblables, qu'à une fortuite coïncidence. Cela est d'autant moins probable que cette complication a été observée épidémiquement par le docteur Murray. D'après la description que ce médecin anglais a donnée (*loc. citat.*), l'éruption cutanée se montrait précédée de symptômes fébriles irréguliers, et suivis d'une affection rhumatismale. La scarlatine ne pourrait-elle donc pas être officiellement rangée parmi les causes occasionnelles du rhumatisme articulaire, à tout aussi bon droit qu'elle figure depuis long-temps parmi celles de l'anasarque? Devrait-on voir, d'ailleurs, dans l'influence étiologique de la scarlatine quelque chose de spécifique? Ou bien cette maladie n'agirait-elle en dernière analyse qu'en entravant et en supprimant la transpiration cutanée? Dans cette dernière hypothèse, il n'y aurait donc à voir là qu'une manifestation toute simple d'une loi générale; ce ne serait qu'une des nombreuses formes sous lesquelles la suppression d'une excrétion quelconque, naturelle ou artificielle, devient la cause occasionnelle d'un rhumatisme articulaire. Quoi qu'il en soit, nos lecteurs nous sauront gré, je l'espère, d'avoir appelé et arrêté quelque temps leur attention sur une complication pathologique, et, partant, sur une question étiologique qu'aucun des traités les plus modernes n'a encore signalées, et qui cependant sont bien dignes, la première, d'être connue, la seconde, d'être, sinon résolue, au moins posée et discutée.

SECTION II.

Description du rhumatisme articulaire aigu.

§ I. — Prodromes et invasion.

D'ordinaire, le rhumatisme articulaire ne débute pas sans préludes. Les malades éprouvent un sentiment obscur de gêne, d'engourdissement ou même d'irritation, un certain degré de raideur, dans les articulations qui doivent se rhumatiser. C'est en général à l'instant du réveil et au sortir du lit, ou bien lorsque après avoir un peu marché et s'être reposés quelques instans ils veulent marcher de nouveau, que la raideur de ces articulations leur devient sensible. Ils y portent souvent la main instinctivement et comme automatiquement pour se frotter; eux-mêmes peuvent ne pas s'en apercevoir : on leur en fait quelquefois la remarque avant qu'ils se la soient faite à eux-mêmes.

Voilà pour les prodromes locaux. Voici maintenant pour les prodromes généraux.

Courbature générale, horripilations; puis chaleur brûlante, face animée, pouls fort et fréquent, céphalalgie, insomnie, langue sèche et rouge, soif ardente, urines rouges, etc. Telle est la scène fébrile qui devance la manifestation des symptômes locaux du rhumatisme articulaire. En général, cette fièvre d'invasion est d'autant plus longue et d'autant plus intense, que l'affection doit être plus grave quant au nombre des articulations enflammées et quant à la violence de leur inflammation. D'après ce principe, on pourra se guider avec quelque succès dans le pronostic.

C'est après ces préludes qu'une ou plusieurs articulations deviennent douloureuses, chau-

des, rouges et gonflées, et en un mot, s'enflamment.

Le rhumatisme peut, en effet, se fixer sur une seule articulation, ou du moins se borner à quelques-unes : c'est le *rhumatisme articulaire partiel*, dans lequel le mouvement fébrile est nul ou peu intense. Ou bien il peut y avoir à la fois plusieurs articulations qui soient prises, avec un très haut degré de réaction fébrile : c'est le *rhumatisme articulaire aigu général*, que pour plus de brièveté, et peut-être même avec plus de justesse, on nomme aussi *fièvre rhumatismale*.

Quoi qu'il en soit des phénomènes généraux et précurseurs, l'inflammation même de l'articulation ne se produit point tout à coup, mais peu à peu. La douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction surviennent et s'accroissent graduellement. Il y a cependant des cas où le mal se manifeste sur-le-champ avec la plus vive intensité. M. Chomel s'est borné à citer, dans sa thèse inaugurale, un malade qui, au milieu de la rue, fut subitement atteint de rhumatisme à l'un et l'autre genoux, au point d'être obligé de se coucher à l'instant même sur le pavé, et de se faire porter chez lui sur un brancard. Le cas est assez rare et assez curieux pour que nous jugions à propos de reproduire ici l'observation tout entière.

IXe OBSERVATION (1).

Rhumatisme non héréditaire. Première attaque à 66 ans. Cause prédisposante probable : habitation dans une atmosphère humide et sombre. INVASION BRUSQUE ET SOUDAINE dans la rue. Depuis, douleurs rhumatismales presque continues.

Le 7 janvier 1812, entre à la Charité, salle Saint-Louis, no 49, Ferrier (Charles-Philippe), bonnetier, âgé de 68 ans, demeurant place Maubert.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution encore assez forte, d'un embonpoint médiocre et d'une petite stature, est né de parens non rhumatisans, et a joui d'une santé presque parfaite jusqu'à l'âge de soixante-six ans. A cette époque, il fut pris, un jour d'été, de douleurs subites dans les genoux pendant qu'il marchait dans la rue, et il fut obligé de se laisser tomber et de se faire porter chez lui. Il y demeura alité pendant quatre semaines, après quoi il se fit conduire à l'Hôtel-Dieu, où il resta trois mois, et d'où il sortit bien guéri. Il habitait alors un premier étage dans une rue étroite et humide (la rue Phelippeaux). Deux mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il éprouva des douleurs à la plante des pieds, lesquelles douleurs durèrent sept à huit semaines. Depuis lors, les douleurs se firent presque toujours sentir quelque part, sans que la digestion ni aucune fonction principale se dérangeât. Ce n'est que depuis deux mois que s'est joint seulement un catarrhe pulmonaire aux douleurs rhumatismales.

Il y a quatre jours, Ferrier fit une chute sur le côté droit. Il entra à l'hôpital pour se faire soigner de sa contusion, ainsi que de ses douleurs à l'un et l'autre genoux. Après plus de trois mois de séjour dans la salle Saint-Louis, il fut transféré, le 13 avril, dans un autre hospice, sans être complètement guéri de ses douleurs.

Hâtons-nous de dire maintenant qu'une invasion si subite, si imprévue, est une exception à la règle, et une exception très-extraordinaire. La plupart du temps, de légères douleurs articulaires et un malaise général servent d'avertissement, et préviennent une si fâcheuse surprise. C'est d'ailleurs pendant la nuit que la maladie débute le plus ordinairement, comme aussi c'est presque toujours pendant la nuit qu'elle émigre d'une articulation dans une autre, et que ses paroxysmes ont lieu.

§ II. — Symptômes locaux (articulaires, ou *arthritiques* proprement dits).

La douleur que produit le rhumatisme articulaire est susceptible d'une infinité de degrés et de nuances quant à son caractère, quant à son intensité, quant à son type de continuité ou d'intermittence, et, enfin, quant à l'étendue de son siége et de ses irradiations. Mais, outre la douleur, symptôme que le rhumatisme articulaire a de commun avec le rhumatisme musculaire, il y a d'ordinaire en surplus dans celui-là chaleur intérieure, ou même manifeste à l'extérieur, rougeur à la peau, et gonflement, comme nous l'avons déjà dit précédemment.

Presque toujours la chaleur à la peau, la rougeur et le gonflement co-existent à la périphérie de la même articulation, mais ils n'y sont pas également intenses dans tous les points. Ils sont à leur summum d'intensité, surtout au milieu, et de là vont diminuant presque insensiblement.

La rougeur cutanée, à parler rigoureusement, existe souvent en réalité là où elle manque en apparence au premier abord. Quelques auteurs ont remarqué que la tache blanche qu'on produit sur la peau par la pression du doigt, paraît bien plus blanche sur une partie affectée de rhumatisme que sur une partie saine. Nous nous sommes assuré, par notre propre expérience, de la justesse de cette remarque. Or, comment expliquer cela, sinon par une légère augmentation d'afflux sanguin

(1) Recueillie par M. Chomel.

dans les vaisseaux capillaires de la peau qui revêt l'articulation malade ? De là vient qu'il y a un contraste plus prononcé entre la petite surface d'où la pression a refoulé le sang, et la surface environnante.

En général, d'ailleurs, la rougeur cutanée est d'autant plus caractérisée que l'articulation est plus petite, ou, pour mieux dire, moins couverte de chairs et moins éloignée de la peau.

Le gonflement, lui aussi, est très manifeste quand la maladie affecte les petites articulations, comme celles des doigts ou des orteils, ou même les articulations de moyenne grandeur, comme celles du poignet, du coude-pied, du genou et du coude. Dans ces dernières, le gonflement peut encore exister à un faible degré, indépendamment de la rougeur. Mais, quand le rhumatisme siége dans une grande articulation recouverte d'épaisses couches de muscles, à l'épaule, par exemple, ou à la hanche, jamais, au contraire, on n'aperçoit de tuméfaction bien prononcée.

Où s'opère le gonflement ? C'est dans les tégumens qu'on l'observe : mais il existe aussi, sans contredit, dans les parties plus profondes. Ainsi, nul doute que les capsules articulaires ne soient distendues par un épanchement de synovie ou de simple sérosité. C'est surtout dans le rhumatisme du genou que l'hydrarthrose est manifeste ; la fluctuation se fait sentir très aisément. M. Chomel a fait souvent observer aux élèves qui suivent ses leçons cliniques, qu'en pareil cas on aperçoit, en appuyant sur la rotule, que ce petit os n'est point, comme dans l'état normal, exactement appliqué sur le fémur, mais qu'il en est séparé par un liquide intermédiaire, puisqu'il faut continuer assez long-temps la pression pour rapprocher la rotule contre le fémur. C'était, par exemple, le cas de nos Ire et XVe observations. Quant aux ligamens et aux cartilages, les cas où il y a eu nécroscopie n'y ont jamais fait voir aucune augmentation de volume.

Au reste, la tuméfaction des tégumens, et surtout l'épanchement de synovie, suffisent bien à déformer l'articulation. Ainsi, par exemple, au genou, la rotule étant, comme nous l'avons dit, repoussée en avant, l'articulation devient globuleuse : tant que l'épanchement n'est pas à son maximum, et que la capsule articulaire n'est pas arrivée au dernier degré de distension, au point de ne plus permettre un changement de position au liquide épanché dans son intérieur, on peut, en refoulant le liquide latéralement, faire saillir davantage la rotule, puis alternativement faire choquer cet os contre le fémur, et par là même reproduire et augmenter la saillie des parties latérales.

Cette accumulation de la synovie est un fait général et presque constant ; cependant elle a été long-temps méconnue. Les anciens médecins regardaient l'hydropisie du genou comme une maladie ordinairement très longue et très difficile à guérir : ce n'était que fort rarement, disaient-ils, qu'il advenait qu'elle se dissipât en deux ou trois jours. C'est qu'ils n'avaient pas observé avec assez de soin les cas de rhumatisme aigu, et qu'ils n'avaient guère fait attention qu'à l'épanchement chronique de la synovie.

Les articulations rhumatisées sont condamnées au repos, car les mouvemens exaspèrent la douleur. Il y a une attitude particulière, et, pour ainsi dire, d'élection, pour chaque articulation. Si l'affection arthritique envahit les phalanges, celles-ci demeurent ordinairement en état d'extension. Dans le rhumatisme du genou, l'extension de la jambe sur la cuisse est aussi la situation la plus ordinaire, néanmoins, en certains cas, où l'articulation fémoro-tibiale n'est que partiellement rhumatisée, le genou reste fléchi. Le coude rhumatisé se tient en demi-flexion, il n'y a possibilité ni d'extension ni de flexion complète. Ainsi donc, l'attitude spéciale du malade appelle de prime-abord l'attention du médecin sur le point affecté, et commence le diagnostic.

§ III. — Coup d'œil sommaire sur le rhumatisme articulaire aigu partiel.

Tant que le rhumatisme est borné à une seule articulation, ou même à deux, il y a peu de fièvre, peu de phénomènes sympathiques, rien de remarquable dans l'attitude générale, soif nulle, appétit ordinaire ; cependant, si le malade mange trop, la récrudescence nocturne sera plus vive. Pendant ces ordinaires paroxysmes de nuit, il pourra bien y avoir un peu de réaction fébrile ; et, à leur issue, les urines pourront être un peu rouges et sédimenteuses. Mais, si la fièvre est très forte, le praticien attentif doit s'assurer avec soin si l'affection de quelque organe intérieur ne coïncide pas avec le rhumatisme articulaire partiel, et, au cas que les plus minutieuses recherches ne vérifient pas le soupçon, il y a là, sans doute, une affection rhumatismale générale en germe, et sur le point d'éclore.

D'ordinaire, l'articulation isolément prise de rhumatisme sera douloureuse pendant cinq à six jours : dans les trois premiers jours, la douleur va croissant de plus en plus ; puis, elle décroît peu à peu : mais remarquez bien que cet accroissement et ce décroissement du mal ne se font pas d'une manière continue, mais avec l'alternative déjà signalée d'exacerbations pendant la nuit, et de rémissions pendant le jour, tant dans la période de déclin que dans celle d'augment.

Les anciens médecins prétendaient, et les gens du monde répètent encore aujourd'hui, que le gonflement qui survient dans l'affection arthritique fait cesser la douleur. Cela est inexact; la douleur augmente tant qu'augmente le gonflement; mais quand celui-ci est parvenu à son summum, à son point d'arrêt, il persiste encore long-temps après la cessation de la douleur; la congestion inflammatoire se prolonge en un empâtement œdémateux qui ne se résout que peu à peu.

Chez certains sujets, une même articulation se prend ainsi plusieurs fois dans le cours d'une longue période d'années. Mais, dans la plupart des cas de récidive, c'est une autre articulation qui se rhumatise. Quand l'affection arthritique s'éteint après le rhumatisme isolé d'une seule articulation, il y a donc grande probabilité, et presque certitude, que plus tard elle reparaîtra chez le même individu, soit encore isolément à la même articulation ou à une autre, soit même à plusieurs autres à la fois.

La récidive survient même après le rhumatisme articulaire partiel plus tôt et plus constamment qu'après le rhumatisme articulaire général, qui est quelquefois suivi d'un repos de vingt ans, ou même ne reparaît plus dans le cours de la vie.

C'est donc comme signal des attaques à venir, mais non pas en elle-même, qu'une première attaque de rhumatisme articulaire partiel a toujours quelque chose de grave. Car elle est de courte durée; le plus ordinairement au bout de cinq, six ou sept jours, comme nous l'avons dit ci-dessus, et, au plus tard, après quinze jours, elle cesse, même sans remèdes. Quel praticien n'a vu bon nombre de personnes sujettes à de fréquentes mais courtes attaques de rhumatisme articulaire aigu du gros orteil (goutte proprement dite), et chaque fois guéries en peu de jours sans avoir rien fait du tout? Il faut même bien se garder de rien prescrire à ces personnes-là en cas de pareille récidive: autrement vous courriez risque de vous faire accuser d'avoir déterminé par des remèdes inopportuns l'extension du mal à plusieurs articulations, si par hasard cela survenait. La médecine expectante est alors d'autant plus convenable, que c'est dans notre conviction une véritable illusion de prétendre, comme certains auteurs, qu'en attaquant par des sangsues une articulation rhumatisée, on empêche le mal de se déclarer ailleurs. Quand il y a fièvre intense, et, partant, germe de rhumatisme articulaire général, vous aurez beau appliquer les sangsues aux articulations enflammées: supposez que vous délivriez momentanément telle ou telle articulation, il n'y en aura pas moins immanquable réapparition du mal sur d'autres points.

Depuis cinq ans que M. Chomel fait le service de clinique à l'Hôtel-Dieu, il a observé trois cas d'incurabilité du rhumatisme d'une seule articulation, tous trois chez des femmes. Sangsues, vésicatoires, sels de morphine; frictions mercurielles, tout enfin a échoué. Chez ces trois femmes l'articulation est restée gonflée, douloureuse et immobile. Dans un seul de ces cas, une entorse d'un des poignets avait paru être la cause déterminante de la maladie; mais, ce qui prouve aussi qu'il y avait une prédisposition arthritique chez le sujet, c'est que le mal ne s'était pas borné dès l'abord au poignet qui avait subi l'entorse, l'autre poignet était aussi devenu douloureux; le mal avait même alterné plusieurs fois entre l'un et l'autre, mais il avait fini par se concentrer dans celui qui travaillait le plus, et par le condamner à une immobilité incurable. Il y avait peut-être là quelque chose de plus qu'un rhumatisme articulaire, peut-être une arthrite essentielle et idiopathique, maladie que, comme on sait, nous ne confondons pas avec le rhumatisme articulaire. M. Chomel n'avait auparavant rien observé de semblable ni dans sa pratique en ville, ni dans les hôpitaux. Aussi regarde-t-il comme très rares de tels cas d'incurabilité absolue d'un rhumatisme articulaire partiel.

§ IV.— Phénomènes ordinaires du rhumatisme articulaire aigu général (Fièvre rhumatismale, ou arthritique).

Quand plusieurs articulations à la fois sont prises de rhumatisme, l'affection, avons-nous dit, porte le nom de fièvre rhumatismale ou de rhumatisme articulaire aigu général. Alors il y a maladie grave. Des prodromes fébriles d'une certaine intensité annoncent à l'avance cette gravité du mal, comme au début de la pneumonie, de la pleurésie, et autres phlegmasies sérieuses. Ces préludes sont, sans aucun doute, le produit de cette cause occulte qui va bientôt dévoiler son caractère spécial en se fixant sur les articulations: mais ils n'ont eux-mêmes rien qui avertisse de la spécialité de cette cause. Ce sont des alternatives de frisson et de chaleur, des sueurs, et autres phénomènes fébriles, qui ouvrent la carrière de toute grande maladie, mais pas plus de telle maladie que de telle autre. Quelquefois ces symptômes généraux et vagues persistent seuls pendant deux ou trois jours; mais, le plus souvent, ils ont à peine duré quelques heures qu'une ou deux articulations s'endolorissent et s'enflamment, et qu'ainsi la nature de la maladie est révélée beaucoup plus tôt que dans les cas de pleurésie et de pneumonie, affections dont les signes caractéristiques ne se manifestent guère avant vingt-quatre ou quarante huit heures de fièvre. Tantôt plusieurs articulations deviennent simultanément douloureuses, chau-

des, rouges et gonflées: tantôt leur rhumatisation a lieu successivement; il n'y a d'abord qu'une seule articulation qui se rhumatise, puis une autre, puis une autre. Nous avons vu quelquefois les articulations se prendre deux par deux; d'abord les deux genoux, par exemple, puis les deux poignets, puis les deux coude-pieds, et ainsi de suite : et, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, toutes les articulations étaient prises, et il s'en suivait une immobilité presque universelle et absolue. Dans le rhumatisme articulaire général, les phénomènes locaux sont même, la plupart du temps, plus intenses que dans le rhumatisme articulaire partiel. On ne peut mouvoir le malade, ni à plus forte raison il ne peut se mouvoir lui-même, sans éveiller les plus vives douleurs: aussi a-t-il le mouvement en telle appréhension, qu'il tremble qu'on ne l'approche, et quelquefois même a des convulsions tétaniques, crainte qu'on ne lui communique involontairement la moindre secousse. Si l'on marche lourdement autour de lui, et que cette lourde marche transmette quelque ondulation au lit où il est gisant, le voilà aussitôt qui souffre des douleurs aiguës, au point de pousser les cris les plus plaintifs et les plus déchirans.

Si le rhumatisme attaque à la fois des articulations voisines l'une de l'autre, le gonflement, sorte d'œdème aigu, qui se sera primitivement manifesté sur chacune d'elles, se propagera plus loin, s'étendra de l'une à l'autre, et envahira tout l'espace intermédiaire. C'est ainsi qu'en certains cas, les doigts ou la main tout entière, les orteils ou le pied tout entier, sont universellement tuméfiés. Alors, tout mouvement de flexion est absolument impossible, la douleur eût-elle déjà cessé, ou n'eût-elle jamais existé.

M. Chomel n'a rencontré dans tout le cours de sa pratique qu'un seul fait d'œdématie générale de toutes les parties du corps en cas de rhumatisme articulaire aigu : c'était chez un de ses malades en ville, qui, outre le gonflement si souvent observé des pieds et des mains, offrit à un haut degré une tuméfaction analogue des jambes et des cuisses, des avant-bras et des bras. Il est bon de remarquer que ce malade était chargé d'une obésité excessive, et qu'il était habituellement sujet à l'essoufflement, et souvent pris de palpitations de cœur. Aussi M. Chomel se crut-il fondé à penser que le gonflement général du corps ne dépendait pas seulement du rhumatisme, et qu'il y avait là une complication. Et, en effet, depuis dix ans qu'il continue de voir le malade, objet de cette observation, il l'a constamment vu, et le voit encore à présent affecté d'un gonflement plus ou moins considérable des extrémités inférieures. Certes, il y avait donc, et il y a encore, chez cet individu, une disposition particulière. Les obèses sont, en général, fort sujets à l'œdème, surtout si à l'obésité se joint, chez eux, quelque gêne de la circulation.

Quoi qu'il en soit, excepté le fait unique que je viens de citer, M. Chomel n'a jamais vu le gonflement arthritique s'étendre à tout l'intervalle de deux grandes articulations, envahir, par exemple, la jambe ou la cuisse entière.

Dans le rhumatisme articulaire général, le corps tout entier se trouve souvent condamné, avons-nous dit, à une immobilité absolue, à cause que les articulations malades ressentent d'effroyables douleurs à la moindre ondulation qu'elles reçoivent des mouvemens mêmes auxquels elles ne participent point activement. Les malheureux patiens ne peuvent ni uriner, ni aller à la selle, ni même se gratter où il leur démange, sans payer par de cruelles souffrances les mouvemens nécessaires à la satisfaction de ces besoins. M. Chomel a vu une femme qui, ne pouvant du tout accomplir l'excrétion urinaire dans la situation horizontale, était obligée de se faire sonder ou de se faire mettre debout pour remplir cette indispensable fonction. C'était chaque fois, quel que fût le moyen préféré, un véritable supplice. Pour le cathétérisme, il fallait écarter les cuisses, et ce simple écartement, même passivement opéré par les plus douces manœuvres de mains étrangères, n'était guère moins douloureux que la double transition de la situation horizontale à l'attitude verticale, puis de celle-ci à celle-là. Ce supplice se renouvelait toutes les dix-huit heures.

Souvent aussi surviennent des crampes, qui apportent un surcroît de douleurs.

Si le malade se laisse aller au sommeil, il est bientôt cruellement réveillé par les atroces souffrances que lui causent les mouvemens automatiques auxquels il se livre en dormant; il paie cher, ainsi, l'oubli momentané de son mal. Voilà pourquoi quelques arthritiques, bien qu'ils éprouvent le penchant au sommeil, se gardent d'y céder, par crainte de ces douloureux réveils. Du reste, il y en a peu qui ressentent ce perfide besoin de dormir : chez la plupart, le sommeil, même le plus court, n'est pas possible; il y a insomnie opiniâtre.

Les symptômes généraux persistent. Toutes les fonctions viscérales sont troublées plus ou moins. Il y a turgescence de la face, mal de tête, enduit blanchâtre sur la langue. La respiration est accélérée ; mais, sur la foi de cette accélération sympathique, n'allez point cependant négliger d'explorer le thorax par la percussion et l'auscultation, si la respiration vient à être plus fréquente dans le cours du rhumatisme articulaire qu'elle n'était durant la fièvre d'invasion. Le pouls continue d'être fréquent; il y

a par minute quatre-vingt-dix pulsations et plus. La peau est chaude et moite. Les sueurs abondantes ont paru à certains médecins avoir une influence utile, et ils ont cherché à les favoriser et à les provoquer. Mais nous nous sommes convaincu qu'elles ne sont rien autre chose qu'un inconvénient de plus. Elles augmentent, sans contredit, l'anxiété présente. Voyez un pauvre arthritique baigné de sueur. Que fera-t-il ? La laissera-t-il s'aigrir et se refroidir sur lui ? se fera-t-il souvent essuyer? changera-t-il souvent de chemise et de draps, lui à qui ses douleurs prescrivent impérieusement de demeurer immobile ? Et peut-on, au moins, espérer quelque avantage futur en compensation de l'incommodité présente ? Non, certes ; car nous avons constamment observé que l'intensité et la durée de la maladie sont en raison directe de l'abondance et de l'opiniâtreté des sueurs. Si on ne doit point s'aviser imprudemment de supprimer et de répercuter cette extraordinaire activité de la transpiration cutanée, on ne doit pas non plus chercher à l'accroître. Car, outre l'incommodité que nous avons déjà signalée, il y en a encore d'autres qui suivent inévitablement la supersécrétion de la sueur, qui en sont, pour ainsi parler, la contre-partie physiologique : c'est la dureté des matières fécales, et, partant, une constipation fâcheuse ; puis, surtout, la rareté des urines, ce qui, joint à la position horizontale, rend la miction difficile et laborieuse.

Le sang qu'on tire des veines, dans la fièvre rhumatismale, offre ordinairement une couenne très épaisse, comme dans les inflammations du poumon ou de la plèvre.

C'est à tort que Sauvages (*Nosolog. méthod.* class. VII, genres Ier et IIIe) a avancé en forme d'assertion absolue, et cela sans doute d'après quelques faits particuliers trop inconsidérément généralisés, que la couenne arthritique ou rhumatismale était plus molle, moins épaisse et plus transparente que la couenne pleurétique, dont elle serait ainsi facile à distinguer. Stoll, au contraire, nous dit qu'il a toujours vu, dans le rhumatisme fébrile, la couenne inflammatoire du sang plus épaisse que dans toute autre maladie. « *In rhumatismo febrili crustam summè » phlogisticam in sanguine detracto semper vidi- » mus, eamque tàm crassam, ut vix aliquid cruoris, » aut rubræ parti appareret. In quocumque alio » morbo inflammatorio, ut gravissimo, minor tenui- » orque crusta phlogistica apparebat.* » (*Rat medend.* ann. 1776, mens. Mai.) Que l'illustre médecin de Vienne ait vu cela, nous ne voulons pas le nier, d'autant moins que, bien plus sage que le nosologiste de Montpellier et que certains observateurs de notre siècle, il ne s'est point hâté d'ériger en loi générale ce qu'il avait observé et vu, quoiqu'il eût cependant vu beaucoup, et beaucoup observé; mais en définitive, ce qu'il y a de vrai, c'est que la couenne du sang dans les affections rhumatismales n'a rien qui la caractérise et la distingue particulièrement, et que là, comme dans toutes les autres maladies inflammatoires, elle varie souvent d'épaisseur et de consistance, selon des circonstances jusqu'à présent peu appréciables. Il faut, en vérité, revenir à en dire ce qu'en avait dit Sydenham, c'est à savoir qu'elle est semblable à la couenne des pleurétiques comme un œuf à un œuf. « *Utpote qui pleuriticorun sanguini » tàm est similis quàm ovo* » (*Cap.* Rheumatism.)

Aucun observateur, que nous sachions, n'avait constaté, avant M. Bouillaud, la présence de la couenne ailleurs que sur le sang fourni par la saignée générale. Le professeur de la Charité l'a aussi constatée, bon nombre de fois, sur les caillots des saignées par les ventouses scarifiées. (*Nouvelles recherches*, p. 69.)

Le rhumatisme articulaire aigu général, comme le rhumatisme articulaire aigu partiel, est soumis à des paroxysmes quotidiens ; c'est durant la nuit qu'ils ont lieu, soit par l'exacerbation des douleurs dans les articulations déjà prises, soit par leur changement de siége, mais avec égale récrudescence d'intensité. Considéré dans toute sa durée, le rhumatisme articulaire aigu général offre aussi une période de déclin. L'accroissement va jusqu'au quinzième ou vingtième jour, et quelquefois même plus loin ; il est incontestable et réel sous un point de vue d'ensemble, quoiqu'il y ait, chaque jour en particulier, des paroxysmes et des rémissions. Il en est de même du déclin, qui ne s'avance pas uniformément vers la convalescence, mais qui se passe en paroxysmes de plus en plus faibles. On peut vraiment comparer la marche du rhumatisme articulaire aigu à une chaîne d'anneaux inégaux qui vont croissant jusqu'au milieu de cette chaîne, puis décroissent successivement jusqu'au dernier. Cette comparaison est de Sydenham, à propos de la *Goutte aiguë*. Mais, comme on sait, rien ne légitime à nos yeux la séparation nosologique de la goutte, et surtout de la goutte aiguë, d'avec le rhumatisme articulaire.

« *Atque* » dit le célèbre praticien de Londres, » *ex serie horum* PAROXYSMULORUM (*sit verbo venia*) » *constat paroxysmus, qui dicitur podagræ. . . . » Neque enim censendum est, quoties quis cum hoc » morbo ad menses duos, vel tres fuerit conflictatus, » unum illum paroxysmum fuisse, sed seriem potiùs » et catenam paroxysmulorum, quorum posterior » quilibet priore et mitior fuit, et contractior.* » (*Tractat. de podagr.*) Il ne faut pas, d'ailleurs, prendre à la lettre cette comparaison. Il n'y a pas, dans tous les cas, régularité constante d'accroissement et de décroissance. Quelquefois, une rémission de deux ou trois jours semble ouvrir irrévocablement la période de déclin; puis,

soudain, une nouvelle récrudescence du mal vient dissiper l'illusion.

§ V. — Interruption des symptômes arthritiques et persistance de la fièvre.

Il n'y a pas, dans tout le cours de la fièvre rhumatismale, proportion exacte entre l'appareil fébrile et les symptômes articulaires. Quelquefois même le malade cesse de souffrir aux articulations, et peut se remuer librement, mais il continue d'avoir beaucoup de fièvre ; en ce cas, si l'examen des différens viscères n'explique pas cette fièvre par le brusque développement de quelque phlegmasie interne, nul doute que la réapparition des douleurs articulaires ne soit infaillible et prochaine. C'est M. Chomel qui le premier a signalé ce fait. La Ire observation en a déjà offert un exemple à nos lecteurs. En voici encore un autre exemple dans l'observation suivante.

Xe OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu général, après des attaques antécédentes. Causes prédisposantes : hérédité, habitation dans un lieu humide. Cause déterminante de la première attaque : accouchement. Dans l'attaque actuelle, il faut remarquer la mobilité et la variation des douleurs, le RHUMATISME DE LA LANGUE ET DU PHARYNX, l'affection des articulations temporo-maxillaires. PERSISTANCE DE LA FIÈVRE, DOULEURS CESSÉES : celles-ci reparaissent. Guérison au bout de cinq semaines.

Le 16 décembre 1833, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Lazare, n° 11, Catherine Deschaud, âgée de 32 ans, brocheuse de profession, travaillant habituellement dans un endroit humide, car c'est un séchoir de feuilles récemment imprimées. Sa mère est elle-même rhumatisante. Cette femme, réglée à onze ans et demi, et depuis lors toujours bien réglée, mariée depuis long-temps, eut, il y a environ deux ans et demi, à la suite d'un accouchement prématuré qui amena un enfant mort-né, des douleurs rhumatismales extrêmement vives et très mobiles, lesquelles, au dire de la malade, parcoururent toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs, sans excepter une seule phalange des doigts ou des orteils. Depuis lors, ces douleurs ont reparu assez fréquemment, mais sans obliger la malade à garder le lit.

La dernière attaque débuta il y a huit jours. La hanche gauche fut prise la première ; puis, quatre jours après, le rhumatisme se porta à la hanche droite, et de là au poignet, aux doigts, au coude, et à l'épaule du côté gauche.

Le 17 décembre, à l'instant de la visite, les genoux sont très douloureux, ainsi que l'articulation iléo-fémorale droite ; le poignet, les doigts, le coude et l'épaule du côté gauche n'offrent plus qu'une raideur incommode ; les pieds sont brûlans ; la peau dans le reste de son étendue conserve sa chaleur naturelle ; pouls très fréquent, soif vive. Prescription : *Quinze sangsues à la hanche droite ; bain ; cataplasmes émolliens sur les points douloureux ; chiendent miellé nitré ; lavement émollient; deux demi-crêmes de riz, trois bouillons.*)

Le 18 décembre, la douleur est toute concentrée dans l'articulation fémoro-tibiale droite; les autres articulations précédemment atteintes ne sont que raides. (Prescription : *Saignée de* 10 *onces ; bain ; cataplasmes, etc.*)

Le 19 décembre, les douleurs sont presque dissipées; la hanche droite seulement est encore un peu sensible lorsqu'on lui imprime quelque mouvement; pouls fréquent, soif vive.

Le 20, à peu près même état.

Le 21, réapparition des douleurs, lesquelles sont supportables aux deux hanches, mais sont très vives aux articulations tibio-tarsiennes, aux épaules, et à toutes les articulations des bras et de la main; pouls très fréquent, peau chaude, soif vive.

Le 23, la malade a éprouvé pendant la nuit des douleurs assez vives dans l'abdomen ; mais il faut remarquer qu'elle est sur le point d'avoir ses règles. Elle ne peut pas bouger, car presque toutes les articulations sont prises. La fièvre persiste. (Prescription : *Saignée de douze onces, etc.*)

Le 25, douleur vive dans l'ARTICULATION TEMPOROMAXILLAIRE DROITE : les mouvemens de la mâchoire occasionnent une souffrance excessive. La douleur s'est atténuée considérablement dans les articulations des membres.

Le 26, même état. (*Emulsion avec vingt grains de thridace.*)

Le 27, une douleur nouvelle s'est fixée sur la langue. Si la malade parle, si elle veut remuer la langue, elle sent à la face inférieure de cet organe une douleur assez vive qui se prolonge jusque dans le pharynx, et qui augmente considérablement par la déglutition : il n'y a ni aphthes, ni ulcères, ni boutons dans la bouche ou le pharynx ; nulle tuméfaction dans ces parties.

Le 28, la langue et l'arrière-bouche ont cessé d'être douloureuses ; les deux épaules sont libres; les poignets, les coudes et les doigts offrent encore un peu de gonflement et de douleur ; l'articulation temporo-maxillaire droite est toujours le siége d'une douleur excessivement aiguë, qui retentit jusque dans l'oreille, et qui a empêché le sommeil. (*Émulsion avec un demi-gros de thridace.*)

Le 29, les deux articulations temporo-maxillaires sont tout à la fois le siége de douleurs assez vives. Le coude, le poignet, et les doigts du côté gauche sont devenus plus douloureux,

ainsi que les articulations du membre inférieur du même côté; pouls fréquent (90). *Émulsion avec un gros de thridace.*)

Le 30, les articulations temporo-maxillaires sont moins douloureuses; elles se meuvent plus facilement; difficulté et douleur en avalant, sans rougeur ni tuméfaction au pharynx, au voile du palais ou à ses piliers; c'est un rhumatisme pharyngien. Les épaules sont très douloureuses, ainsi que le poignet, le genou et le coude-pied du côté gauche.

Jusqu'au 8 janvier, les articulations temporo-maxillaires sont restées douloureuses, mais la douleur y a varié d'intensité.

Le 9 janvier, il n'y a plus que de la raideur dans les épaules et dans les mâchoires.

Le 12, bien-être parfait.

Le 14, *exeat*.

Dira-t-on que, dans l'observation précédente, dans la Ire plus haut citée, et dans toutes les autres semblables qu'on pourrait citer encore (XVIe, etc.), la persistance de la fièvre pendant l'absence des douleurs articulaires était due à une péricardite, ou à une endocardite, ou même à une endo-péricardite, qui ont été méconnues? C'est l'objection de M. Bouillaud, pour qui la fièvre sans l'inflammation d'une articulation ou de quelque autre organe est un mystère pathologique qu'il repousse avec la plus dédaigneuse incrédulité! Ce professeur prétend que la phlegmasie, soit du péricarde, soit de l'endocarde ou membrane interne du cœur, soit même de l'une et l'autre membrane tout à la fois, est un des accompagnemens les plus ordinaires du rhumatisme articulaire aigu; que cette coïncidence est la règle, et la non-coïncidence, l'exception. Mais, bien avant M. Bouillaud, M. Chomel avait observé, avait écrit et professé que la péricardite survient quelquefois d'une manière latente dans le cours d'un rhumatisme articulaire. Depuis long-temps il avait donné le conseil, comme il le donne encore aujourd'hui, de ne jamais manquer à ausculter et à percuter le thorax quand l'appareil fébrile est hors de proportion avec le nombre, l'étendue ou l'intensité des symptômes arthritiques proprement dits. Pour sa part, il a toujours mis ce précepte à exécution dans sa pratique. S'il a quelquefois rencontré des signes de péricardite ou de pleurésie, d'autres fois il n'a trouvé aucune lésion locale dont la fièvre qui persistait après la disparition des douleurs articulaires pût être considérée comme le symptôme. Si cela n'est pas consigné dans les observations précédentes, ce n'est pas que M. Chomel n'eût, sans doute, interrogé toutes les fonctions et tous les organes, mais c'est que d'ordinaire on ne note pas les faits négatifs dans une observation clinique. On ne signale ces faits que lorsqu'on veut s'en servir pour établir une exception à la règle, ou pour détruire une proposition générale inexactement élevée sur un petit nombre de faits. C'est maintenant, par exemple, une nécessité de signaler dans ce dernier but tous les cas où on ne voit point le rhumatisme articulaire s'accompagner de péricardite ou d'endocardite: car M. Bouillaud est venu proclamer cette concomitence comme un phénomène à peu près constant et comme une sorte de *loi* pathologique; et il faut bien montrer que la nature dément le plus souvent cette assertion absolue. Ainsi, sur les neuf cas de rhumatisme articulaire que M. le docteur Grisolle rapporte dans le compte-rendu déjà cité, il y en a sept dans lesquels il a noté l'absence complète de phenomènes pathologiques du côté du cœur, et cela après l'examen le plus minutieux à l'aide de la percussion et de l'auscultation, examen répété quotidiennement, et souvent même deux fois par jour. Dans deux cas seulement, on a constaté des bruits anomaux du cœur: dans l'un, le bruit de soufflet; dans l'autre, le bruit de râpe. D'ailleurs, dans chacun de ces cas, pas d'autre symptôme, pas d'autre signe que le bruit anomal. A coup sûr, il n'y avait pas là de péricardite. Doit-on, sans hésitation et avec une imperturbable assurance, reconnaître une endocardite? Cela n'est rien moins qu'incontestable, comme on pourra s'en convaincre tout-à-l'heure dans le paragraphe que nous consacrerons à examiner spécialement et en détail la question de l'endocardite rhumatismale. Toujours est-il que la conclusion inévitable des faits observés à la clinique de l'Hôtel-Dieu sera celle-ci: c'est que, contrairement à la proposition du professeur de la Charité, l'endocardite, si endocardite il y a, n'apparaît dans le rhumatisme articulaire aigu que comme *exception*, et non pas comme *règle*.

Or donc, c'est une supposition dénuée de preuves suffisantes dans l'état actuel de la science, c'est au moins une affirmation aventureuse et téméraire, que d'invoquer un fait aussi incertain et aussi exceptionnel que l'endocardite, pour expliquer un fait certain, et qui n'est pas très rare, savoir, la persistance de la fièvre pendant la suspension éphémère des douleurs articulaires, et en l'absence de signes positifs et réels de quelque phlegmasie interne. Qu'y a-t-il donc de si étrange, de si mystérieux, de si incompréhensible dans ce phénomène? La fièvre ne précède-t-elle pas presque toujours de vingt-quatre ou de quarante-huit heures la manifestation de ces phlegmasies articulaires, disséminées et mobiles, dont l'ensemble constitue une attaque de rhumatisme articulaire aigu général? Et certes, alors, il n'y a pas d'endocardite, dans la grande majorité des cas. La fièvre rhumatismale n'est donc pas en relation d'effet à cause avec les douleurs arthritiques: elle est primitive par

rapport à celle-ci, et non pas consécutive; elle en est donc indépendante. Quoi de plus simple à concevoir qu'elle puisse persister pendant que les symptômes locaux seront suspendus, de même qu'elle avait paru avant qu'ils eussent éclaté ? Il y a une cause commune, inconnue mais réelle, qui produit à la fois la fièvre et les phlegmasies articulaires. Pour un plus ample développement de cette idée, je n'ai rien de mieux à faire que de renvoyer les lecteurs à l'article VIII des *Leçons sur la fièvre typhoïde*, article rédigé par la plume même de M. Chomel, et dans lequel ce professeur, par un rapprochement non moins vrai que neuf, réunit sous le même point de vue toutes les maladies à *phlegmasies disséminées*, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre rhumatismale, etc. Entre autres caractères communs qu'il assigne à ces maladies, il démontre bien clairement la nécessité d'y admettre une cause spécifique, *virus*, *diathèse*, *état morbide*, etc. (peu importe le nom).

Au demeurant, la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, que certains médecins repoussent comme une chimère inadmissible, dont ils affectent même de signaler la dénomination comme contradictoire et absurde, n'est ni plus ni moins mystérieuse que les cas de variole, de scarlatine ou de rougeole sans exanthème, cas admis par la plupart des médecins, et appuyés sur l'autorité des meilleurs observateurs et des plus excellens epidémiographes. Je dirai même qu'il y a un avantage immense en faveur de la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*. En effet, dans les cas de *variolæ sine variolis*, de *scarlatina sine scarlatinâ*, de *morbilli sine morbillis*, la maladie est, durant tout son cours, complètement privée de son caractère pathognomonique, et ne peut, après tout, qu'être soupçonnée par conjecture. La *fièvre rhumatismale sans rhumatisme* est une phase passagère, dont la nature est évidemment révélée par le cours entier de la maladie : c'est un fait, et non pas une hypothèse.

§ VI. — Coïncidence des phlegmasies séreuses avec le rhumatisme articulaire aigu.

Dans le cours du rhumatisme articulaire, il survient quelquefois des épanchemens dans la cavité des membranes séreuses, par suite d'une inflammation, le plus ordinairement latente et sourde, de ces mêmes membranes. C'est surtout à l'intérieur des plèvres ou du péricarde que ces épanchemens se forment: cela n'arrive que rarement dans le péritoine ou dans l'arachnoïde.

Ces pleurésies ou péricardites latentes sont tout au plus annoncées, si l'on ne tient compte que des symptômes que le malade accuse lui-même, par quelques douleurs vagues et légères dans la région précordiale ou dans la région mammaire; quelquefois même, rien ne fait soupçonner la formation d'un épanchement, jusqu'à ce que l'accumulation progressive de la sérosité soit devenue assez considérable pour produire d'effrayans symptômes d'étouffement, et constituer un danger sérieux. M. Chomel a souvent été appelé en consultation pour des cas de rhumatisme, dans lesquels le malade éprouvait un malaise indéfini, s'inquiétait plus que ne le comportait son état apparent, respirait avec un obscur sentiment de gêne : il reconnaissait, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, un épanchement pleurétique qui devait quelquefois dater de loin, d'un mois, par exemple ; et cependant, le médecin ordinaire n'en avait pas conçu le moindre soupçon. Et cette fausse sécurité ne devait certainement pas être rangée au nombre de ces erreurs qui n'appartiennent qu'à l'ignorance et à l'inhabileté ; les praticiens les plus expérimentés s'y sont abandonnés quelquefois. Avant M. Chomel, les auteurs n'avaient point appelé l'attention du public médical sur ces pleurésies et ces péricardites insidieuses qui viennent assez fréquemment compliquer le rhumatisme articulaire. On conçoit donc que, le premier diagnostic une fois établi, la plupart des praticiens, en pareille occurrence, continuassent de s'expliquer par les douleurs articulaires la fièvre et ses redoublemens, et qu'ils ne songeassent point à faire de nouvelles investigations.

Quant à M. Chomel, il y a fort long-temps que, pour ne point être surpris à l'improviste par les symptômes d'un épanchement parvenu à un degré sérieux, il s'est fait une règle d'explorer, tous les deux ou trois jours, la partie antérieure du thorax, et même, si l'on peut mettre le malade sur son séant sans exaspérer les douleurs, il percute et ausculte aussi la partie postérieure. C'est un des points d'observation clinique sur lesquels je l'ai entendu le plus insister dès les premiers temps que je suivis ses leçons (et il y a de cela huit ans). Il serait facile de montrer que depuis long-temps il lui a été rendu témoignage à cet égard par un grand nombre de ses élèves dans leurs thèses inaugurales. Ainsi, au moment où j'écris ce paragraphe, je tombe par hasard sur le passage suivant d'une thèse soutenue, en 1830, par le docteur Enguehard : « M. Chomel, dans ses leçons cliniques . . . . . a soin de conseiller à ses élèves » d'interroger souvent, par la percussion et » l'auscultation, les organes thoraciques dans » les affections rhumatismales. » (*Thèses de Paris*, 1830, n° 108.)

La région du cœur est, comme on voit, la plus facile à examiner, une péricardite intercurrente peut donc moins échapper au diagnostic qu'un épanchement pleurétique de quantité

médiocre. Aussi savons-nous bien maintenant que la péricardite apparaît particulièrement pendant la durée du rhumatisme articulaire. Sur trois cas de péricardite qu'on rencontrera dans le cours d'une clinique, il y en aura au moins un qui se sera développé chez un sujet arthritique. Au surplus, depuis les assertions de M. Bouillaud, la thèse à l'ordre du jour n'est pas de démontrer qu'en certains cas la péricardite coïncide avec le rhumatisme articulaire. Mais il s'agit de prouver, premièrement, que cette coïncidence avait été signalée par M. Chomel, comme nous venons de l'avancer, et par d'autres observateurs encore, avant le professeur de la Charité, qui pourtant s'en attribue la découverte ; en second lieu, qu'elle n'est pas, il s'en faut de beaucoup, aussi commune que celle-ci le prétend.

C'est, en vérité, une légèreté presque inconcevable de la part de M. Bouillaud que d'avoir imprimé ces paroles-ci : « *Elle* paraît, » dit-il, en parlant de la coïncidence en question, « avoir également échappé à M. Chomel, ainsi » qu'on peut s'en assurer en lisant sa disserta- » tion inaugurale sur le rhumatisme. . . . . » (*Nouv. recherch.*, p. 4.) Certes, M. Chomel aurait pu ignorer le fait en 1813, époque où il soutint sa thèse, depuis, l'avoir connu et signalé encore bien avant M. Bouillaud, dont les premières idées sur ce point n'ont paru qu'il y a un an dans son *Traité clinique des maladies du cœur.* Mais, par malheur pour notre adversaire, ceux qui ne le croiront pas sur parole, et qui liront avec plus d'attention que lui la thèse inaugurale de M. Chomel, verront dans cet opuscule même d'il y a vingt ans une phrase que M. Bouillaud, par je ne sais quelle préoccupation, n'y a point vue; phrase paisible et modeste, sans doute, mais qui, sans ambiguité comme sans emphase, nous signale la complication dont on fait aujourd'hui tant de bruit. Voici les propres termes de M. Chomel : « J'ai vu moi-même, » dit-il, la péricardite succéder à cette affec- » tion (c'est-à-dire au rhumatisme), et causer » la mort des malades. » (*Th. inaug.*, p. 56.)

En outre, qu'on lise l'article *Péricardite* de M. Chomel dans le *Dictionnaire* en 21 volumes (T. XVI, octobre 1826), on y trouve les propositions suivantes : « On l'a observée (la péricar- » dite) le plus souvent, soit avec la pleurésie » et la pneumonie...., soit DANS LE COURS DU RHU- » MATISME ARTICULAIRE AIGU, et peut-être alors » par suite d'une métastase rhumatismale sur » le cœur lui-même. » (p. 286.) — « L'inflam- » mation du péricarde qui se développe en » même temps qu'une pleuro-pneumonie.. . ; » celle qui survient chez un sujet atteint de » rhumatisme articulaire aigu, sont aussi fré- » quentes, au moins, que la péricardite sim- » ple. » (p. 289.) Pourquoi M. Bouillaud n'a-t-il pas lu cet article avant d'accuser si amèrement M. Chomel d'avoir ignoré l'existence de la *péricardite rhumatismale ?* Ou, ce qui est un tort non moins difficilement excusable, pourquoi l'a-t-il lu avec la même inadvertance que la thèse inaugurale ?

Ce n'est pas que M. Chomel revendique le mérite d'avoir découvert la péricardite rhumatismale. Ce que nous voulons montrer, c'est que cette découverte avait été faite bien avant que M. Bouillaud ait cru la faire. Et par qui? — Par cet être collectif, qui a plus d'esprit et de génie que l'homme qui en a le plus ; je veux dire, par tout le monde. Combien de vérités scientifiques, en effet, et des plus importantes, ne peuvent être attribuées à aucun nom propre! Amenées peu à peu par le travail commun, elles n'illustrent aucun individu, mais elles honorent la génération tout entière où elles se sont définitivement formulées. N'est-ce pas là, en particulier, l'histoire de la péricardite rhumatismale ?

Lisez les grands observateurs du dix-huitième siècle, vous verrez qu'ils ont fait mention de troubles survenus dans la respiration et dans les mouveméns du cœur pendant le cours des fièvres rhumatismales ou arthritiques. Voici par exemple, ce que Stoll rapporte dans les Éphémérides de 1779, au mois de juin : « Au » commencement de ce mois, plusieurs fièvres » rhumatismales se présentèrent.... A l'impro- » viste et tout-à-coup, la *matière rhumatismale* » abandonnait les membres, et la poitrine était » prise de dyspnée, d'orthopnée, de toux très » violente, d'oppression, quelquefois avec » crachement de sang. UNE JEUNE FILLE DEVINT » TOUT-A-COUP FROIDE COMME UN MARBRE, le rhuma- » tisme ayant abandonné les membres pour se » porter sur les poumons. ORTHOPNÉE, sueurs » froides, POULS NUL AU POIGNET. LE COEUR BAT- » TAIT DE LA FAÇON LA PLUS DÉSORDONNÉE, ET TRÈS » VITE. (*Cor inordinatissimè et celerrimè micabat*). » A l'aide des vésicatoires, du camphre, des » épispastiques, des frictions, et du réchauf- » fement des membres, les forces furent rap- » pelées... Quant aux autres sujets, le mal une » fois fixé sur la poitrine, et le pouls étant » fort, les saignées, puis les vésicatoires avec » les boissons tièdes, servirent à les guérir. » (*Rat. medend.*, *III.*)

Storck, dans la description intéressante qu'il a donnée d'une épidémie de rhumatisme articulaire aigu, dit aussi : « J'ai quelquefois ob- » servé que, lors de la disparition des douleurs » dans les membres, il survenait de l'oppres- » sion de poitrine, des palpitations de cœur, » et de l'intermittence dans le pouls, et qu'au » retour de la douleur sur les membres ces » symptômes disparaissaient, et que le pouls, » quelques instans auparavant tremblottant et » intermittent, se montrait de nouveau égal » et libre. » (Storck. *Ann. med.*, II.)

Stoll, Storck, et les autres observateurs contemporains qui rencontrèrent des accidens analogues, n'ont pas, il est vrai, nommément accusé l'inflammation du péricarde. Dans l'état de la science à leur époque, cette inflammation ne pouvait jamais être diagnostiquée avec certitude, comme elle peut l'être assez souvent aujourd'hui, grâce aux méthodes de percussion et d'auscultation dont Avenbrugger, Corvisart et Laennec ont doté la médecine pratique. Toujours est-il qu'à ces symptômes réunis d'oppression, d'orthopnée, de battemens désordonnés et tumultueux du cœur, et d'intermittence du pouls, il y avait lieu de soupçonner, même alors, l'inflammation du cœur et du péricarde, telle qu'elle avait été décrite par Senac. (*Malad. du cœur*, T. Ier, chap. II et IV.) Ce soupçon, dans les cas semblables qui se présentèrent aux observateurs du premier quart de notre siècle, dut acquérir une valeur de plus en plus grande, et se changer enfin en certitude, au fur et à mesure que les signes nouveaux de percussion et d'auscultation, s'ajoutant aux signes anciens, venaient éclairer le diagnostic de la péricardite, et que la culture étendue de l'anatomie pathologique apportait, de temps à autre, le témoignage de la nécroscopie à l'appui des recherches séméiologiques. C'est ainsi qu'il y a déjà dix à quinze ans, on connaissait dans l'école de Paris la péricardite rhumatismale, non point par suite de la révélation individuelle de quelque observateur isolé, mais grâce à une sorte de tradition générale et collective qui s'était graduellement et, pour ainsi dire, insensiblement établie. Comme exemple célèbre, on citait notre grand orateur Mirabeau; mort d'une péricardite, dit-on, à la suite de douleurs arthritiques.

Aussi avons-nous vu que M. Chomel, en signalant explicitement, dès 1826, la fréquence relative de la péricardite rhumatismale, n'énonce pas ce point de doctrine comme une vue à lui propre, mais comme une vérité, qui, bien que peu répandue jusque là, était déjà tombée dans le domaine public.

Il en est de même de M. Andral, qui, la même année, dans le tome III de sa *Clinique médicale*, (pag. 416—425), rapporte deux cas de péricardite consécutifs à la disparition du rhumatisme articulaire aigu, tous deux terminés par la mort, mais tous deux diagnostiqués sur le vivant. Cet observateur aussi modeste qu'habile appelle toute l'attention du praticien sur de semblables faits; mais il se garde bien de prétendre qu'il soit le premier à signaler une telle complication. Remarquons ici en passant (la remarque est essentielle à faire aujourd'hui), que, chez le sujet de la première observation de M. Andral, ce n'est pas faute de saignées antécédentes que la péricardite se déclara, et qu'elle devint promptement mortelle. Deux saignées, de douze onces chacune, avaient été pratiquées au malade dans les premières vingt-quatre heures de son entrée à l'hôpital; nouvelle saignée le lendemain, quatrième saignée le surlendemain. Eh bien! malgré ces quatre saignées pratiquées en trois jours, les douleurs persistèrent au même degré d'intensité, et ne disparurent le sixième jour que pour faire place à une péricardite sur-aiguë, qui, nonobstant l'application des sangsues à la région précordiale, enleva le malade au bout de vingt-sept heures.

Certes, ou ma mémoire me sert mal, ou je pourrais citer encore beaucoup d'autres auteurs (Johnson, Scudamore, etc.) qui, avant M. Bouillaud, ont mentionné la coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Mais je n'ai ni la volonté, ni, je crois, le devoir de le faire. Mon but ici n'est pas de rendre justice à chacun de ceux qui ont apporté une pierre à l'édifice commun, mais de réclamer contre celui qui, venu le dernier, méconnaît les travaux de ses devanciers. Or, lors même que je me serais borné à rappeler la phrase plus haut citée de l'article *Péricardite* de M. Chomel, c'en aurait été assez pour prouver que, depuis dix ans au moins, la coïncidence de la péricardite et du rhumatisme était une découverte acquise à la science; que, surtout, elle n'avait pas *échappé* à M. Chomel, et qu'elle devait même jouir de la plus grande notoriété, s'il est permis de s'exprimer ainsi, parmi les médecins déjà fort nombreux qui se sont formés sous les leçons de ce professeur.

Pour ma part, pendant mon intérimat dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu, en 1834, (un an avant que M. Bouillaud ne parlât de la péricardite rhumatismale), je recueillis une observation de péricardite rhumatismale, non comme un fait insolite et tout nouveau, mais comme un cas intéressant de la coïncidence dont mon maître, M. Chomel, m'avait instruit depuis long-temps, et que j'avais moi-même déjà eu l'occasion d'observer quelquefois. Je la recueillis, cette observation, pour la joindre, à titre d'exemple, à ce que M. Chomel venait encore de professer sur le danger des péricardites latentes durant le cours du rhumatisme articulaire aigu. Combien alors nous étions loin de penser qu'on vînt jamais à nous déclarer sérieusement que nous n'avions aucune connaissance de la péricardite rhumatismale! Nous ne pensions pas non plus qu'au moment de la publication de notre ouvrage, il s'agirait moins d'établir la réalité de la péricardite rhumatismale, et d'en fournir des exemples, que de démontrer combien est faux le caractère de généralité, et même de presque-universalité, qu'aujourd'hui l'on attribue à cette affection. Mais, avant d'aborder ce

dernier point de la discussion, voici toujours mon observation, laquelle donne lieu à quelques réflexions qui ne seront aujourd'hui ni sans utilité ni sans actualité.

XIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Hérédité nulle. Causes inconnues. Première attaque à l'âge de 12 ans. Attaque actuelle, pour la seconde fois, à 19 ans. Guérison des douleurs articulaires, au dixième jour du traitement, par deux saignées générales et des saignées locales répétées, et par la poudre de Dover. PÉRICARDITE avec épanchement considérable, survenue pendant le cours du rhumatisme : reconnue au 15e jour seulement depuis l'entrée, elle cède, sans saignées, aux vésicatoires volans, aux purgatifs, et à la digitale. Complète guérison.

Nadot, tourneur en cuivre, âgé de dix-neuf ans, entra, le 8 octobre 1834, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n. 22.

Son père n'est pas rhumatisant; sa mère est morte de la poitrine.

Il y a déjà six ou sept ans, Nadot fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel il fut traité à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, et qui dura environ un mois.

Il y a trois semaines, il commença à éprouver des douleurs dans le jarret et la plante des pieds, dans le creux des mains, et à l'échine du dos. Il dormait, mais il se réveillait avec ces douleurs, qui se dissipaient dans la journée pendant qu'il se livrait à son travail accoutumé, et qui reparaissaient chaque matin. Il y a dix jours, il fut obligé de se mettre au lit, à cause de son genou gauche qui se rhumatisa : il avait peu d'appétit, et mangeait peu.

9 octobre. Au moment de la visite, le genou droit, les plantes des pieds, et les orteils, à l'exception du gros, sont le siége du rhumatisme. Appareil fébrile. (Prescription : *Saignée, 4 palettes ; diète ; chiendent miellé nitré, 2 pots ; cataplasmes.*) Le sang fut couenneux.

10 octobre. Le mal siége toujours dans les mêmes points, et, de plus, a envahi l'articulation huméro-cubitale gauche où la saignée a été pratiquée, et la 2e articulation de l'annulaire gauche. Insomnie, fièvre. (Prescription: *Saignée, 4 palettes ; etc.*) Toujours couenne sur le sang.

11 octobre. Le malade a dormi six heures. La fièvre persiste. Peu de douleur à la plante des pieds ; les genoux peuvent se fléchir sans trop de difficulté. Le coude gauche n'est point dégagé, pas plus que l'annulaire ; le doigt indicateur du même côté est pris à la même articulation que l'annulaire. Pas d'appétit; deux selles louables; un peu de toux, et quelques crachats; l'auscultation de la respiration n'offre rien de notable. (Prescript. : *Cataplasmes ; solution de sirop de gomme ; potion gommeuse ; diète.*)

12 octobre. Genou gauche encore un peu douloureux. Poignets, mains et doigts très douloureux et gonflés. Insomnie, fièvre. (Prescription : *ut suprà ; plus, trente sangsues à partager entre les deux poignets.*)

13 octobre. Poignets encore douloureux, mais notablement soulagés ; quelques mouvemens y sont possibles. Insomnie, fièvre. (Prescript. : *Cataplasmes ; solut. sir. de gomme ; pot. gommeuse ; dix grains de poudre de Dover en cinq doses ; diète.*)

14 octobre. Le poignet gauche est seul encore douloureux ; l'épaule du même côté est prise. Sommeil. Peu de fièvre. Appétit. (Prescription: *ut suprà ; plus, un potage.*)

16 octobre. L'épaule seule est douloureuse. Sommeil, fièvre nulle, appétit. (Prescript. : *ut suprà ; plus, un quart de portion.*)

18 octobre. Même état. (Prescript. : *Dix sangsues sur l'épaule et sur le ventre.*)

19 octobre. Un peu de soulagement dans l'épaule. Genou droit légèrement rhumatisé de nouveau. Sommeil ; fièvre nulle. Le malade mange son quart de portion avec appétit, et digère bien. (Prescript. : *Dix sangsues sur le genou ; 10 gr. de poudre de Dover ; cataplasmes,* etc.)

20 octobre. Le malade ne souffre plus d'aucune articulation : il mange avec plaisir et digère bien. Fièvre nulle, toux à peine notable, sans expectoration. Bruit respiratoire normal, à l'auscultation. (Prescription: *Solut. sir. de gomme ; potion gommeuse ; quart de portion, sans vin.*)

Le malade étant réputé convalescent, je ne l'examine et ne l'interroge que fort peu, à la visite, pendant les jours suivans.

25 octobre. Nadot se plaint d'une oppression croissante ; il n'a plus d'appétit ; il est triste, découragé ; il se sent profondément affaibli et comme brisé, quoiqu'il n'ait point de fièvre et qu'il n'accuse qu'une légère douleur dans l'épaule gauche. Toux rare et légère sans notable expectoration. On procède alors à un examen minutieux du thorax par la percussion et l'auscultation. La région précordiale, où le malade n'accusait d'abord qu'un sentiment d'oppression, est douloureuse à la percussion et à la pression dans toute son étendue. La matité s'étend sur le haut du sternum, et à droite et à gauche de ce même os, dans un espace considérable ; elle contraste d'une manière frappante avec la sonorité des régions latérales du thorax. A l'auscultation, le cœur ne paraît plus choquer dans le cinquième espace intercostal; les bruits en sont faibles,

(1) Recueillie par M. Requin.

et ne se font entendre que comme dans le lointain, mais cependant sans irrégularité; on ne perçoit les mouvemens du cœur que comme une espèce de nage de cet organe dans un liquide interposé. (Prescript. : *Vésicatoire volant sur la région du cœur; sulfate de magnésie, une once : solut. sir. de gomme; pot. gommeuse; cataplasme sur l'épaule.*)

26 octobre. Mêmes signes physiques que la veille, à la percussion et à l'auscultation. L'oppression est encore augmentée. (Le purgatif n'a été pris que ce matin). Le malade ne peut rester couché que sur le côté droit. Il étouffe dans le décubitus horizontal, et sur le côté gauche. (Prescript. : *solut. sir. de gomme, 2 pots; cataplasmes sur l'épaule; pédiluves sinapisés; pot. gomm. avec 15 gouttes de teinture de digitale.* Le purgatif a déterminé de nombreuses et abondantes selles.

27 octobre. Mêmes signes physiques. Oppression diminuée; le décubitus horizontal est devenu possible. (Prescript. : *Nouveau vésicatoire volant sur la région précordiale; le reste, ut suprà.*

28 octobre. Le malade hier est allé fort souvent à la selle, et a beaucoup uriné. Il a fort bien dormi cette nuit. La dyspnée est encore diminuée; la voix est moins étouffée et plus libre; appétit. Aujourd'hui on sent distinctement l'impression de la pointe du cœur contre l'oreille appliquée sur le cinquième espace intercostal du côté gauche. Percussion sonore dans tout le côté gauche. (Prescript. : 3e *vésic. volant: sirop de gomme, 2 pots; pédiluv. sinapis. bis; pot. gomm. avec 20 goutt. de teinture de digitale; huile de ricin, une once : petit quart de portion sans vin, et 2 tasses de lait.*)

29 octobre. Après les effets du purgatif, le malade a senti sa respiration complètement dégagée; il se sent bien, il est gai. (Prescript. : *ut suprà, excepté le purgatif.*)

30 octobre. Continuation du bien-être; même prescription.

Sur ces entrefaites, M. Chomel reprit le service. Nadot continua d'aller de mieux en mieux, reprit ses forces, et sortit parfaitement guéri au bout d'une quinzaine de jours.

Et d'abord, comme dans l'observation ci-dessus mentionnée de M. Andral, remarquons que la péricardite ne fut pas prévenue par un emploi assez large des évacuations sanguines. Dans les premières quarante-huit heures qui suivirent l'entrée du malade, il y eut deux saignées d'une livre chaque; puis, le 4e jour, trente sangsues; puis encore, le 8e jour, quinze sangsues. Il faut reconnaître que le développement d'une péricardite chez un rhumatisant ne tient pas à l'insuffisance des évacuations sanguines, mais à une disposition particulière et occulte du sujet. En général, il ne faut pas plus chercher à expliquer pourquoi chez tel ou tel individu le péricarde s'affecte, et chez tel ou tel autre ne s'affecte pas, qu'on ne tente de rendre raison pourquoi telle articulation se rhumatise plutôt que telle autre.

Quant à l'existence même de la péricardite dans le cas dont il s'agit, je ne pense pas que personne veuille la contester, quoique, heureusement, l'autopsie ne soit pas venue confirmer mon diagnostic. Les signes constatés le 25 octobre, et les jours suivans, par moi et par les personnes qui suivaient ma visite, ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité d'un épanchement dans l'intérieur du péricarde; et cet épanchement, eu égard aux rapports connus du rhumatisme articulaire aigu et de la péricardite, doit, sans contredit, être attribué à celle-ci.

Mais un reproche qu'on ne manquera pas de me faire, et que j'attends avec une humble componction, c'est que je n'aie pas exploré plus tôt par la percussion et l'auscultation la région précordiale, et que je n'aie ainsi reconnu la péricardite que lorsque l'épanchement était déjà parvenu à un degré assez avancé. Je l'avoue, j'ai eu tort; et que cet aveu soit ici une consécration nouvelle du précepte depuis long-temps posé et pratiqué par M. Chomel, c'est à savoir que, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il faut de temps en temps explorer avec soin l'état des poumons et du cœur, même en l'absence complète de troubles apparens de la circulation et de la respiration.

Mais, après le franc et naïf aveu de ma négligence, après m'être reconnu fautif dans toute la rigueur des principes, j'ai droit aussi, ce me semble, à me prétendre excusable jusqu'à un certain point, à raison de la marche latente et sourde de cette péricardite, qui ne succéda point à une brusque délitescence du rhumatisme articulaire, mais qui survint consécutivement, peut-être même simultanément à la résolution graduelle de douleurs arthritiques, et pendant que l'état général du malade présentait de jour en jour une évidente amélioration. Il y avait un peu de toux; j'auscultai, comme on peut le voir, le murmure respiratoire à plusieurs reprises; je n'y trouvai rien d'anomal. Le malade guérissait; il entrait dans une convalescence apparente. Je négligeai donc la région du cœur. Car je ne pouvais ausculter et percuter en tous points le thorax de quarante à cinquante malades que j'avais à visiter chaque matin. Sitôt que je vis Nadot, tout en étant délivré depuis quelques jours de douleurs articulaires et de fièvre, se plaindre pourtant d'oppression et de malaise, et montrer une tristesse qui n'était nullement en rapport avec sa convalescence apparente, je procédai à l'examen le plus minutieux pour me rendre raison de cet état : je trouvai alors les signes que j'ai relatés dans l'observation, et je dia-

gnostiquai la péricardite. Mais alors même cette péricardite méritait bien encore le nom de maladie latente; sans la percussion et l'auscultation, elle n'eût pas même pu être soupçonnée. Point de palpitations; point d'intermittence du pouls; l'oppression même dont se plaignait le malade, il ne la rapportait nullement à la région précordiale; il n'accusait pas la plus légère douleur dans cette région. Aussi, mon diagnostic, bien que tardif, me fit-il honneur, ainsi que la guérison rapide qui suivit l'application des moyens de traitement.

La saignée me parut contre-indiquée chez un sujet naturellement peu robuste, et déjà affaibli par des saignées antérieures, et par quinze jours de maladie, et de diète absolue ou du moins très médiocre. J'eus donc recours aux vésicatoires volans, aux purgatifs, et à la digitale, afin de remplir les indications que chacun sait. Je réussis au delà de mon espérance. Immédiatement après l'effet du premier purgatif, le mieux-être se déclara, et continua sous l'influence des moyens précités. Qu'aurait fait de mieux la saignée? Je me trompe: n'aurait-elle pas fait, veux-je dire, plus de mal que de bien? Car, la saignée n'est pas aux inflammations ce que le quinquina est aux fièvres intermittentes; ce n'est pas un spécifique qu'on doive toujours ou presque toujours employer, et dont les contre-indications ne soient que fort rares. C'est un moyen qui est encore plus débilitant qu'il n'est, à proprement parler, anti-inflammatoire, ou, comme on dit, antiphlogistique. On ne doit en user qu'avec une certaine circonspection, et en restant même en deçà des limites que permettent les forces du malade, plutôt que de courir le risque de passer au delà. Autrement, il y a péril de nuire plus au malade que son inflammation ne lui aurait nui si elle eût été abandonnée aux seules ressources de la nature.

Si nous avons contesté à M. Bouillaud, à l'aide de textes formels et irréfutables, qu'il ait été le premier à découvrir et à signaler la péricardite consécutive ou simultanée au rhumatisme articulaire aigu, en revanche nous ne lui contesterons pas qu'il soit le premier à qui, par je ne sais quel hasard, cette complication se soit présentée plus souvent (et beaucoup plus souvent) qu'à tout autre observateur. Il a d'abord commencé par prétendre que « la péri-» cardite existe chez la MOITIÉ environ des indi-» vidus affectés d'un violent rhumatisme arti-» culaire aigu » (*Traité clin. des maladies du cœur*, 1835). Puis, par une sorte de *crescendo*, il dit maintenant avoir vu que, « HUIT FOIS SUR NEUF, » un rhumatisme aigu de plusieurs articulations » a été accompagné d'un rhumatisme du tissu » séro-fibreux du cœur. » (*Nouv. recherche.*, p. 27, 1836.) Il conclut de là que « cette coïncidence » est donc la *règle*, et la non-coïncidence, » l'*exception*. » M. Bouillaud nous taxerait d'impolitesse si nous allions insinuer que les cas sur lesquels il appuie sa conclusion, n'ont pas été *bien observés*. Nous nous interdirons donc une telle insinuation, quoiqu'il nous en ait donné l'exemple à l'égard des faits recueillis à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Nous n'en avons pas besoin, au demeurant, pour combattre cette conclusion. Les observations de M. Bouillaud peuvent être fort vraies et fort justes. Mais pourquoi fonde-t-il, d'après ses seules observations, une loi pathologique? Pourquoi, auparavant, n'appelle-t-il ni n'attend-il pas le concours de ceux qui observeront en d'autres hôpitaux, en d'autres pays, sous d'autres constitutions médicales? Nous sommes d'accord avec lui sur la séméiologie de la péricardite. « L'existence d'une péricardite est certaine, » » dit-il, chez un individu affecté d'un rhuma-» tisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les » symptômes suivans: matité de la région pré-» cordiale beaucoup plus étendue qu'à l'état » normal (doublée, triplée dans tous les sens); » voussure de la même région; battemens du » cœur éloignés, peu ou nullement sensibles » au toucher; bruits du cœur lointains, obscurs, » accompagnés de différens bruits anomaux » dont les uns dépendent du frottement des » feuillets opposés du péricarde l'un contre » l'autre, *et dont les autres proviennent quelque-» fois de la complication de la péricardite avec » une endocardite valvulaire*. Une douleur plus » ou moins vive à la région précordiale, des » palpitations, des irrégularités, des inégalités, » des intermittences du pouls, se joignent quel-» quefois aux symptômes précédens. » (*Nouv. recherch.*, p. 16.) Hé bien, ces signes sont-ils si difficiles à saisir, pour que l'on puisse supposer qu'ils échappent, dans la plupart des cas, aux hommes exercés à l'observation clinique? il faudrait une étrange prévention pour penser que si M. Chomel ne les a pas rencontrés dans la grande majorité des cas de rhumatisme articulaire aigu, c'est qu'il ne les a point cherchés, ou qu'il n'a point su les reconnaître, lui qui se fait particulièrement remarquer par sa scrupuleuse attention et sa délicate habileté dans l'exploration du thorax. Au besoin, parmi les nombreux élèves qui assistent à ses visites cliniques, il y en a beaucoup de fort habiles et de fort instruits qui seraient là pour le contrôler et le trouver en défaut. Or, pour ne parler que de faits observés depuis la publication des *Nouvelles recherches* de M. Bouillaud, faits qui ont dû être et qui ont été recueillis avec la plus minutieuse exactitude quant à ce qui regardait l'état du cœur, on a vu que, sur les huit cas relatés dans le compte-rendu du docteur Grisolle, pas un n'a offert les signes d'une péricardite. Ce résultat est bien contraire à la loi posée par M. Bouillaud. Ainsi donc, à la

Charité, les faits disent oui ; à l'Hôtel-Dieu, ils disent non. *Hippocrates ait : Galenus negat.* C'est le temps qui accumulera les observations et décidera la question. En attendant, nous dirons comme par le passé, comme auparavant, que la péricardite est un accident qui se lie quelquefois au rhumatisme articulaire aigu, et semble reconnaître la même origine ; que cette complication peut même, sous certaines constitutions médicales, devenir moins rare que de coutume, comme cela paraît avoir eu lieu dans l'épidémie de Storck ; mais qu'en définitive il n'y a pas co-existence constante, ni même ordinaire, entre les deux maladies.

D'ailleurs, la péricardite n'est pas la seule phlegmasie séreuse dont on ait observé la coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous avons plus haut, dès le commencement de ce paragraphe, particulièrement signalé la pleurésie de pair avec la péricardite. Nous avons également recommandé de se mettre en garde contre le développement latent d'un épanchement pleurétique, tout aussi bien que contre celui d'un épanchement du péricarde. Il ne faut pas moins avoir soin, durant le cours du rhumatisme articulaire aigu, d'explorer de temps à autre, par la percussion et l'auscultation, les régions thoraciques qui correspondent aux poumons que celle qui correspond au cœur. M. Chomel, en effet, dit avoir observé la coïncidence de la pleurésie avec une affection rhumatismale tout aussi souvent, au moins, que celle de la péricardite. Cette simple assertion de la part d'un praticien aussi expérimenté et aussi consciencieux que lui, a, ce me semble, une valeur assez grande, même à défaut de ces chiffres statistiques qui sont si fort à la mode aujourd'hui. M. Chomel, il est vrai, n'a entre les mains la rédaction détaillée d'aucune de ces *pleurésies rhumatismales* qu'il a observées. J'en observai moi-même autrefois quelques cas dans les hôpitaux; ne songeant pas que je dusse un jour écrire sur ce point, et me bornant à observer pour ma propre instruction et non pour celle d'autrui, je gravai le fait dans ma mémoire : car, pour mon compte, j'ai toujours mieux aimé fixer une vérité dans mon esprit que dans mes papiers. Depuis que j'ai été chargé de rédiger ces leçons sur le rhumatisme, je n'ai pas été aussi heureux à l'égard de la pleurésie qu'à l'égard de la péricardite : la première affection ne s'est présentée à moi dans aucun des cas assez nombreux de rhumatisme articulaire dont je recueillis par écrit l'histoire pendant mon intérimat dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu. Mais, à défaut d'observations détaillées qui nous soient propres, nous en pourrions emprunter deux à l'excellent répertoire de M. Andral. Nous y renvoyons nos lecteurs. Nous ne prétendons pas, nous, avoir le monopole de la vérité, et nous cherchons partout ce qui peut servir à la démontrer et à la répandre. Dans l'un des cas racontés par M. Andral (*Cliniq. médic.* 1834, t. II, p. 502.), la pleurésie fut latente ; un épanchement se forma, durant le cours du rhumatisme articulaire, tout à la fois dans les deux plèvres, sans qu'aucune douleur l'annonçât ; il ne fut diagnostiqué à l'aide de la percussion et de l'auscultation que lorsqu'il fut parvenu à un degré considérable, et qu'une oppression extrême, coïncidant avec la disparition des douleurs rhumatismales, eût commandé l'exploration du thorax ; au reste, une fois reconnu et traité, il se termina par une guérison rapide : ce cas, tant pour l'époque et les circonstances du diagnostic que pour le succès de la cure, offre beaucoup d'analogie avec le cas de péricardite rhumatismale que j'ai rapporté plus haut ; il prête aux mêmes reproches, et offre les mêmes motifs d'excuse. Dans l'autre cas (*Clin. méd.* p. 504), consécutivement à la brusque disparition d'un rhumatisme articulaire aigu trois jours après son invasion, la pleurésie, double aussi, comme la précédente, mais non pas latente, s'annonça franchement par un double point de côté, une forte dyspnée, une sorte de toux convulsive, un sentiment particulier de constriction de la poitrine dans le sens du diamètre transversal ; puis, la phlegmasie s'étant propagée de la plèvre au parenchyme pulmonaire, qui, d'ailleurs était préalablement tuberculeux, la mort du sujet s'ensuivit.

Enfin, la péritonite et la méningite peuvent aussi, quoique plus rarement encore, à ce qu'il paraît, que la péricardite et la pleurésie, se déclarer dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. On en trouve des exemples non moins authentiques que remarquables dans les écrits des observateurs. Relativement à la péritonite arthritique ou rhumatismale, nous citerons deux observations, l'une de Pinel (*Médecine clinique*, p. 243), l'autre de M. Andral (*Clinique médicale*, 1827, t. IV, p. 535). Voici l'extrait succinct de l'une et l'autre. Observation de Pinel : une femme, âgée de soixante-deux ans, sujette à la goutte, éprouvait depuis quelques jours des symptômes arthritiques au pied gauche ; à la suite d'un accès de colère, la goutte du pied disparaît ; deux heures après, symptômes alarmans du côté de l'estomac et du péritoine : mort le sixième jour ; l'autopsie démontre l'existence d'une gastro-péritonite. Observation de M. Andral : un homme de cinquante-sept ans, atteint depuis environ quinze jours d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, est tout-à-coup pris de douleurs abdominales dont l'invasion coïncida avec la disparition des douleurs arthritiques ; c'était une péritonite sur-aiguë, qui remplaça le rhumatisme, se fit reconnaître par des signes évidens dès le lendemain de son apparition, et déter-

mina la mort le surlendemain; à l'autopsie, on trouva dans le péritoine une énorme quantité d'un liquide rouge. « Ce liquide, dit M. Andral, était du sang, ou du moins de la sérosité unie à la matière colorante du sang.... ; il y avait de plus des flocons, des fausses membranes, qui attestaient que cette sorte d'hémorragie se trouvait liée à un état inflammatoire du péritoine. »

Voici maintenant des exemples de méningite. D'abord, dans deux cas mortels rapportés par Storck dans sa description déjà citée d'une épidémie de fièvre rhumatismale, les caractères anatomiques de la méningite sont clairement indiqués, en même temps que ceux d'un épanchement pleurétique. Je traduis ici les propres paroles de cet auteur. « Deux de ces malades (rhumatisans) furent pris tout-à-coup d'oppression, et de somnolence; leur voix s'éteignit, leur respiration devint sublime, et ils ne purent demeurer couchés; le pouls fut sur-le-champ petit, tremblotant, inégal; face livide; extrémités froides; la mort survint le lendemain. A l'ouverture de ces deux cadavres, on rencontra en très grande abondance une *matière jaune* et *gélatineuse* entre les poumons et la membrane qui les revêt et les entoure; et la substance entière des poumons se trouvait comprimée et réduite à un très petit volume. Une matière semblable existait aussi en égale abondance entre la pie-mère, d'une part, et le cerveau et le cervelet, d'autre part; les ventricules antérieurs du cerveau étaient pareillement pleins de la même *gelée*. » Quoique ces lésions anatomiques soient décrites avec moins d'exactitude qu'elles ne le seraient aujourd'hui, et suivant une phraséologie qui n'est pas tout-à-fait celle de notre siècle, personne, je pense, ne révoquera en doute qu'il n'y eût là pleurésie et méningite. En ces deux cas, la méningite, comme la pleurésie, ne se traduisit point au dehors par des symptômes immédiats d'exaltation vitale, ou symptômes d'irritation, mais par les seuls symptômes de la compression à laquelle le cerveau, comme les poumons, était soumis par suite des progrès de l'épanchement. Nous avons déjà vu que c'était ainsi que se comportaient le plus ordinairement les pleurésies et les péricardites rhumatismales; qu'elles avaient en général un caractère latent, jusqu'à ce que l'épanchement fût devenu très considérable. En serait-il donc de même de la méningite rhumatismale? Je suis porté, pour ma part, à le penser; et je crois que c'est à cette affection qu'il faut attribuer les faits d'*apoplexie rhumatismale*, tels que ceux que nous allons citer. Mettons en première ligne, non pas tant à raison de la priorité chronologique du fait, qu'à raison de la haute autorité du témoin, l'observation suivante de Stoll. « Un malade, alité depuis quatorze jours par une fièvre rhumatismale, fut pris tout à coup de délire, puis tomba dans un assoupissement apoplectique, et périt peu de jours après. On trouva une notable quantité d'un liquide aqueux entre l'une et l'autre méninge et dans les ventricules latéraux; on trouva aussi un épanchement séro-sanguinolent (*humor aquosocruentus*) au dessous de la tente du cervelet. » (*Rat. medend.* 1779, september.) Scudamore, dans son traité du rhumatisme, à l'article du *siége*, dit avoir observé, chez une jeune *lady* délicate, âgée de quinze ans, les symptômes d'un épanchement intra-crânien, qui fut promptement mortel, et qui s'était déclaré en même temps que les phénomènes arthritiques changeaient de siége dans les membres: il mentionne ce fait comme une chose rare, et il y voit une inflammation rhumatismale du tissu séro-fibreux qui revêt le cerveau, c'est-à-dire, de la dure-mère et de son feuillet arachnoïdien. M. le docteur Enguehard a, dans sa thèse inaugurale déjà citée, rapporté le fait suivant, d'après le témoignage de M. le professeur Marjolin, qui l'avait raconté dans ses leçons orales, et qui m'en a confirmé récemment l'exactitude. « Un rhumatisme violent occupait le genou, la hanche, et les muscles de la cuisse n'en étaient pas exempts eux-mêmes; on fit une nombreuse application de sangsues, qu'on laissa largement saigner; le malade fut soulagé, et ne tarda pas à s'assoupir. On respecta son sommeil pendant un grand nombre d'heures; enfin on voulut le réveiller, mais ce fut en vain; le malade était plongé dans un coma profond; les sinapismes, l'eau bouillante même, et tous les autres moyens mis en usage en pareil cas furent employés sans succès, et le malade ne tarda pas à succomber (p. 18) ». Enfin, pour terminer par un récent et douloureux exemple, mon digne confrère et ami le docteur Leloutre a été enlevé, il y a quelques mois, par une mort aussi rapide que prématurée, peu de jours après l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu, par suite d'un état comateux et apoplectiforme, ainsi que me l'ont assuré plusieurs de ses amis, qui sont aussi les miens, et qui avaient assisté à sa maladie.

De tout ce qui précède, il résulte donc bien évidemment, en définitive, que sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu, disons mieux, sous l'influence de la diathèse générale qui constitue cette affection, il peut survenir, en vertu de dispositions individuelles, telle ou telle phlegmasie séreuse, soit à titre de complication, soit en guise de métastase.

Le fait une fois constaté, nous pouvons sans doute l'expliquer par l'analogie anatomique des membranes séreuses avec les membranes synoviales, que nous reconnaissons devoir être

enflammées, et que nous avons dit être le siége d'une irritation sécrétoire dans le rhumatisme articulaire intense, quoique, pour ma part, je pense que la phlegmasie synoviale n'est pas primitive, mais consécutive par raison de contiguité à l'inflammation du tissu fibreux. De plus, les membranes séro-fibreuses, comme la dure-mère et le péricarde, ont une analogie complète, je dirai presque une véritable identité, avec les tissus séro-fibreux des articulations. Rien de moins surprenant que l'affection de tissus semblables et à peu-près identiques sous l'empire d'une même cause morbifique. Il y aurait cependant, peut-être, une différence à signaler; c'est qu'en cas de phlegmasie séreuse, on trouve, à l'autopsie, des épanchemens séro-purulens; et que dans les épanchemens intra-articulaires, dans ces hydrarthroses, par exemple, qui se résolvent et disparaissent si vite, il n'y a probablement que de la sérosité.

Si le rhumatisme a son siége sur les parois du thorax, la phlegmasie séreuse peut encore s'expliquer par raison de contiguité, comme je m'explique la phlegmasie synoviale elle-même. La peau qui avoisine l'articulation rhumatisée, s'enflamme bien. Quoi de plus simple que la plèvre ou le péricarde, dans le cas d'un pareil voisinage, vienne pareillement aussi à s'enflammer. Nous avons montré ailleurs que la péritonite était à craindre à la suite du rhumatisme des parois abdominales. A la tête, le crâne est en quelque sorte une barrière qui doit empêcher le rhumatisme de se propager ainsi par voie de continuité du dehors au dedans. Si la métamorphose du rhumatisme épicrânien en méningite peut avoir lieu, ce dont nous ne connaissons d'ailleurs aucun exemple, elle doit être au moins excessivement rare, tandis que celle de la pleurodynie ou pleurésie s'offre assez fréquemment à l'observation.

Mais d'où vient qu'en l'absence de la circonstance toute locale de continuité, et sous l'influence générale de la diathèse rhumatismale, la plèvre et le péricarde s'enflamment plus souvent que le péritoine et l'arachnoïde? Pourquoi cette rareté relative de la péritonite et de la méningite rhumatismales? Nous ne le savons pas, et nous ne nous évertuerons pas à chercher une raison quelconque. Constatons avec soin les faits : mais renonçons à les expliquer tous.

§ VII. — Y a-t-il, ou non, coïncidence presque constante d'un endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu général?

M. Bouillaud, sur le frontispice même de ses *Nouvelles Recherches*, annonce cette coïncidence comme une *loi*. Et d'abord, soit dit en passant, il promet dès le début beaucoup plus qu'il ne tient. Après s'être engagé à poser une *loi précise* (p. 3), à dire par conséquent dans quel *rapport exact* (p. 7), l'endocardite coïncide avec le rhumatisme articulaire aigu, il finit par formuler ainsi sa loi : « Dans la grande majorité » des cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, à un degré variable, un rhumatisme du tissu séro-fibreux » du cœur » (p. 29). Certes, ce n'est pas là ce qu'on peut appeler une loi précise : car, outre que la péricardite et l'endocardite s'y trouvent toutes deux englobées et confondues, la fréquence prétendue de leur coïncidence avec le rhumatisme articulaire n'y est pas du tout représentée par un *rapport exact*, mais par une formule vague et indéterminée, par un à peu-près. Cette indétermination, je le sais bien, est chose nécessaire et forcée en tout ce qui concerne la médecine; car la médecine, après tout, n'est pas encore (et le sera-t-elle jamais?), une *science exacte*, c'est-à-dire, une science, comme l'astronomie, la physique, etc., où les rapports des faits entre eux peuvent être exprimés avec une rigueur mathématique. Je ne reprocherais donc pas à M. Bouillaud un défaut de précision, qui tient à la nature même de notre science, et dérive inévitablement de l'immense complexité des phénomènes de la vie, s'il n'avait pas d'abord parlé en géomètre plutôt qu'en physiologiste. Et moi aussi, j'aime les chiffres, mais là où ils sont applicables. En médecine, le langage mathématique est un faste hors de propos : il y a plus, il est, pour ainsi dire, un dangereux conseiller; il inspire, si l'on n'y prend garde, des règles absolues et exclusives.

Venons maintenant au fond de la question, en ce qui touche l'endocardite; car nous nous sommes suffisamment expliqués, dans le paragraphe précédent, sur la coïncidence de la péricardite.

Pour la démonstration de la prétendue loi, ce n'est pas sur une statistique d'autopsies que M. Bouillaud s'appuie, mais sur le seul et simple diagnostic qu'il a porté au lit du malade dans les cas soumis à son observation. Or, ce procédé n'est pas irréprochable, tant s'en faut, et n'est pas de nature à entraîner la conviction, surtout quand il s'agit d'une affection, qui, en elle-même et abstraction faite de toute complication, n'offre encore que doutes et obscurités, sinon quant à la réalité de son existence, du moins quant à la certitude de ses signes. M. Bouillaud avait dit et avait, en effet, pu dire: « L'existence d'une péricardite est certaine. » etc. (Voyez ci-dessus). Malgré son penchant presque irrésistible aux affirmations absolues, il expose sa séméiologie de l'endocardite avec une restriction bonne à remarquer, et qui est une sorte d'aveu qu'il est seul de son avis.

« La coïncidence d'une endocardite avec un » rhumatisme articulaire aigu est, *pour nous*, » certaine, lorsque les signes suivans se pré- » sentent :

» Bruits de soufflet, de râpe ou de scie dans » la région precordiale, laquelle rend un son » mat dans une étendue beaucoup plus consi- » dérable qu'à l'état normal, et présente aussi » quelquefois, mais à un moindre degré que » dans la péricardite avec épanchement, une » saillie, ou voussure anormale; les battemens » du cœur soulèvent fortement la région pré- » cordiale, et ils sont assez souvent irréguliers, » inégaux, intermittens, accompagnés parfois » d'un frémissement vibratoire. Pouls dur, » fort, vibrant, inégal, intermittent, comme » les battemens du cœur. »

M. Bouillaud a raison de dire qu'en pareil cas il a une conviction à lui propre, une conviction personnelle; car elle serait, en effet, bien malaisée, je crois, à communiquer à tous les médecins. Pour ma part, je ne conçois pas, d'abord, comment l'endocardite peut augmenter la matité et produire la voussure de la région précordiale. Que cette lésion puisse, si petite qu'elle soit, occasioner le plus grand trouble dans la circulation, et de là dans toute l'économie, et déterminer même la mort, je le comprends sans peine : il n'y a rien là qui ne soit conforme aux lois de la physiologie pathologique. Mais comment se ferait-il qu'une altération toute renfermée à l'intérieur du cœur pût, comme un excès de volume de cet organe, ou comme un épanchement du péricarde, avoir pour résultat physique de déformer la paroi antérieure du thorax, d'en diminuer la sonorité ? Explique qui pourra cette difficulté, je dirai presque cette impossibilité.

Quoi qu'il en soit, au moins est-onobligé de reconnaître que ces phénomènes physiques de matité et de voussure ne sont pas des signes propres à l'endocardite, mais lui sont communs avec la péricardite, comme le déclare M. Bouillaud lui-même; et j'ajouterai, avec l'hypertrophie ou la dilatation du cœur. Quant aux phénomènes dynamiques ou vitaux de trouble circulatoire, certes il s'en faut de beaucoup qu'ils aient rien de patognomonique, rien de propre à baser un diagnostic précis.

Reste donc le bruit de soufflet, de râpe ou de scie. C'est là le seul signe différentiel qui, comparaison faite des tableaux séméïologiques de la péricardite et de l'endocardite, tels que M. Bouillaud lui-même les a tracés, appartiennent particulièremenl, mais non pas encore sans quelque restriction (1), à la seconde affection. Voilà le signe qu'il a placé, comme on l'a vu, en première ligne dans le diagnostic général, et qu'il rappelle surtout dans le diagnostic particulier des observations sur lesquelles il s'appuie. Hé bien! ces bruits anomaux ne sont pas non plus des phénomènes vraiment caractéristiques, et qui soient exclusivement propres à l'endocardite, ni même qui se rattachent nécessairement à quelque lésion que ce soit, visible et palpable, du cœur ou de ses membranes. Il est généralement reconnu aujourd'hui, que le bruit de soufflet ne coïncide pas plus constamment avec le rétrécissement ou l'insuffisance des valvules, avec l'hypertrophie ou la dilatation du cœur, qu'avec un simple état d'anémie, comme, par exemple, dans la chlorose, ou après d'abondantes pertes de sang. Le fait suivant, récemment recueilli à la clinique de l'Hôtel-Dieu, fournit une preuve nouvelle et remarquable de cette liaison du bruit de soufflet avec la diminution de la quantité normale du sang.

XIIe OBSERVATION (2).

Pneumonie. Traitement par les saignées répétées. Bruit de soufflet dans la région précordiale, au 5e jour, après six saignées. Mort. — *Autopsie* : hépatisation pulmonaire ; nulle lésion du cœur ou du péricarde.

Liénel, âgé de 29 ans, maçon, d'une constitution médiocrement forte, jouit habituellement d'une bonne santé. Il est soumis à des conditions hygiéniques favorables. Dans la nuit du 19 au 20 mars 1836, sans cause connue, sans qu'il se fût refroidi la veille ou les jours d'avant, il est pris de malaise, d'un point de côté à droite, et rejette peu après des crachats sanguinolens.

Entré le 21 à la Clinique, ce malade accuse une douleur pleurétique dans la région mammaire droite ; la respiration est haute et à 44 ; le pouls très mou, dépressible même, bat 120 fois. La région du cœur, examinée avec soin, n'est le siége d'aucune douleur et d'aucuns bruits anormaux ; l'impulsion est peu forte. Le thorax offre, à la percussion, une bonne résonnance, et, à l'auscultation, une respiration vésiculaire, excepté, à droite, dans la fosse sus-épineuse et dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse, dans une étendue de trois travers de doigt; dans ces points, l'on entend de la respiration bronchique et de la bronchophonie, avec peu de crépitation : il n'y a pas de crachats. Langue humide. Il a eu trois selles liquides avec coliques. Il y a un peu de céphalalgie ; la sclérotique présente

(1) « . . . . La péricardite peut exister sans épanchement nota- » ble et avec production seulement de pseudo-membranes. Alors » . . ., le bruit de scie ou de soufflet, le frémissement vibratoire » de la région précordiale, peuvent se présenter dans ce cas comme » dans l'endocardite. » (*Nouv. Rech.*, pag. 18.)

(2) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

une légère teinte ictérique. (*Saignée de seize onces.*) Le sang est couenneux et dense.

Le 22. Pas de crachats; mêmes résultats d'auscultation et de percussion que la veille ; pouls (120), moins dépressible ; langue un peu sèche; douleur vive dans les muscles lombaires. (*Saignée de dix-huit onces; pot. gom. avec une once et demie d'huile de ricin ; viol. sir. gom.* 2 *pots.*) Il vomit sa potion et n'a pas de selles. Le soir, il y a de l'accablement ; la respiration est à 36 ; le pouls à 140 , assez dur et dicrote. (*Saignée de dix-huit onces.*) Même couenne, même densité du caillot.

Le 23. Pouls à 112, assez large ; point de crachats; pas de selles.Même état pour le reste que la veille.(*Saignée de dix-huit onces.*) Le malade a une légère syncope à la fin de cette saignée. Le soir, 36 respirations, 130 pulsations, chaleur âcre ; respiration bronchique, bronchophonie et matité dans le tiers supérieur et postérieur droit. (*Saignée*). Une syncope qui survient ne permet de tirer que dix onces de sang.

Le 24. 36 à 40 respirations, 128 pulsations, le pouls offre encore un peu d'ampleur et de résistance, les résultats d'auscultation sont les mêmes qu'hier, pas de selles. (*Pot. gom. avec* 2 *gouttes d'huile de croton ; Saignée de dix-huit onces.*) Le soir, le malade est faible, très affecté ; la constipation persiste. (*Pot. gom. de six onces avec* 8 *grains d'émétique.*)

Le 25. Même accablement, un seul vomissement, pas de selles ; respiration bronchique et matité, limitées aux mêmes points ; la région du cœur, qui avait été explorée à chaque visite, offre aujourd'hui pour la première fois un bruit de soufflet très évident, sans aucune voussure ni douleur locale. (*Pot. gom. avec* 8 *grains d'émétique.*)

Ce souffle accompagnant le premier bruit du cœur persiste avec une intensité variable jusqu'au 27. La bronchophonie et la matité ont gagné le voisinage de l'aisselle : la dose de l'émétique est élevée jusqu'à 12 gr. par jour ; le malade a quelques selles involontaires, l'accablement augmente. Mort le 28.

Autopsie.

Poitrine. Hépatisation rouge et grise du lobe supérieur et d'une portion du lobe moyen du poumon droit, occupant les trois quarts postérieurs de son épaisseur.

Cœur. Caillots noirâtres non adhérens dans les cavités droites ; aucune coloration des parois ; point de végétations, d'épaississement ou d'opacité sur la membrane interne. Le cœur d'un volume ordinaire a une bonne consistance. Les parois du ventricule gauche ont six lignes d'épaisseur à la base ; celles du droit, une ligne et demie , les colonnes charnues non comprises. Le péricarde ne contient ni épanchement ni fausses membranes.

Il n'y a rien d'important à noter dans les autres cavités splanchniques.

Avec un fait semblable par devers soi, n'est-on pas bien autorisé à se méfier de la valeur séméiologique du bruit de soufflet relativement à l'endocardite ? Et, par conséquent, n'a-t-on pas eu raison, à l'école clinique de l'Hôtel-Dieu, contrairement peut-être aux allures de l'école clinique de la Charité, de douter qu'il y eût endocardite dans le cas suivant de rhumatisme articulaire aigu, le seul qui, sur les neuf observations rapportées dans le compte-rendu du docteur Grisolle, ait présenté le bruit de soufflet ?

XIIIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Cause prédisposante : hérédité. L'action du froid humide ne peut être invoquée. Rien du côté du cœur, durant la maladie même. Traitement : 4 saignées générales (3 livres de sang, somme totale), dans les premiers jours : puis encore , à diverses reprises, 50 sangsues en tout. Guérison complète des douleurs, au 23e jour de la maladie , 21e du traitement. Bruit de soufflet pendant la convalescence.

Corneille, âgé de 17 ans, épicier, d'un tempérament éminemment lymphatique, d'une santé habituellement bonne, est issu d'un père sujet aux rhumatismes ; il reste habituellement dans des lieux secs.

Dans les derniers jours du mois de novembre (1835), il éprouve un peu de malaise (il ne s'était pas refroidi). Le 3 décembre, il souffre dans les articulations tibio-tarsiennes, qui se tuméfient ; il peut néanmoins travailler encore pendant deux jours ; mais, le 6, il lui est impossible de marcher.

Le 7, la fièvre s'allume en même temps que le rhumatisme a envahi toutes les articulations du membre supérieur droit et le genou correspondant. Le 8, le genou gauche est affecté. Le 7 et le 8, on lui tire, en deux fois, au moins six palettes de sang ; il n'en éprouve que peu de soulagement. Sa langue est blanche, il a soif, il a des envies de vomir, et est constipé. A l'exception des hanches et du bras gauche, toutes les articulations des membres sont extrêmement douloureuses ; la plupart sont tuméfiées. Le pouls, large et dur, bat 108 fois. Le malade n'accuse aucune douleur pour respirer, il ne tousse pas. Le thorax est sans voussure à la région précordiale ; la matité du cœur a un pouce et demi de haut en bas ; transversalement elle ne s'étend pas jusqu'au mamelon. Dans ce point, la respiration est pure, les battemens du cœur sont réguliers, ils ont leur

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

rhythme et leur timbre ordinaires; on n'entend aucun des bruits anormaux. (*Saignée de seize onces.*)

Le 10, même état. (*Saignée de seize onces; quinze sangsues sur le poignet droit,* qui est plus douloureux.

Le 11, le pouls est à 96, les mêmes articulations restent envahies, les deux genoux sont très tuméfiés. (10 *sangsues sur chacun d'eux*).

Le 12, pouls à 94; le genou gauche est revenu à son volume normal, le droit est encore un peu tuméfié, les autres articulations sont beaucoup moins douloureuses.

Le 13, pouls à 92; douleur revenue dans le pied droit; la hanche correspondante est affectée.

Jusqu'au 23, l'état du malade est à peu près stationnaire; le pouls varie entre 88 et 100. Les douleurs restent bornées aux genoux, aux pieds, et au poignet droit. La chaleur est douce, la soif peu vive, il a deux à quatre selles. Le malade mange deux soupes.

Le 23, 15 sangsues enlèvent la tuméfaction et la douleur dont le genou gauche était encore le siége.

Le 26, il n'existe plus de douleur nulle part.

Le 5 janvier, en auscultant le cœur (ce que l'on faisait tous les jours, même après la guérison du malade), nous constatons un bruit de soufflet très faible, limité à la pointe du cœur, et qui n'est accompagné d'aucune sensibilité, d'aucune voussure ou matité anormale à la région précordiale. A cette époque, ce jeune homme est très faible, il a une pâleur vraiment chlorotique; il sort de l'hôpital le 9, le bruit de soufflet a cessé.

Nous avons revu ce malade vingt jours après: il était encore très faible, n'éprouvait aucune palpitation, et les battemens de son cœur n'offraient rien d'anormal.

L'idée qui nous paraît la plus probable dans ce cas, est de rapporter ce bruit de soufflet survenu, sans autres symptômes spéciaux du côté du cœur, vers la fin du traitement et non durant la maladie même, à l'abondance des évacuations sanguines, qui, soit dit en passant, ne hâtèrent pas la guérison, amenèrent une excessive faiblesse, et un état comme chlorotique, et influèrent certainement sur la longueur de la convalescence. Si le bruit de soufflet est si souvent entendu, à la clinique de la Charité, durant le cours des rhumatismes articulaires aigus, serait-ce une pensée par trop téméraire que d'attribuer cette fréquence à la prodigalité habituelle que le chef de service met à répandre *coup sur coup* le sang de ses rhumatisans? Car, saigner, encore saigner, et saigner derechef, voilà pour lui la *règle*, bien ou mal entendue (ce n'est pas ici la question): et l'on sait que, la *régle* une fois posée, il a peu de goût, en quoi que ce soit, pour l'*exception*.

Le bruit de scie ou de râpe, quoique certains auteurs lui aient attribué, dans ces derniers temps, plus d'importance séméiologique qu'au bruit de soufflet, et en aient fait un signe presque exclusif des lésions valvulaires, ne nous paraît pas, à nous, aussi caractéristique qu'on se plaît à le prétendre. M. Marshall Hall, médecin anglais très distingué, a prouvé, ce me semble, jusqu'à l'évidence (*Medico-chirurg. Trans.*, t. XVIII) (1) que, après les pertes copieuses de sang, ce bruit se manifestait souvent à l'auscultation. Ainsi le bruit de scie, pas plus que le bruit de soufflet, dont, suivant Laënnec, il n'est qu'une variété et une nuance, et avec lequel il alterne souvent chez beaucoup de sujets, n'est inévitablement lié à une lésion déterminée dans la structure du cœur ou de ses annexes; on doit également le considérer comme un phénomène qui dépend tout aussi souvent de quelque changement dynamique dans le jeu du cœur et dans le mode de circulation du sang à travers cet organe, que d'une altération anatomique. C'était l'opinion de l'immortel inventeur de l'auscultation, et je ne vois pas qu'à cet égard on ait réellement acquis de plus grandes lumières, depuis que tant d'observateurs glanent dans le champ nouveau que ce grand homme a ouvert à la science, et où il a si largement moissonné.

Aussi, dans le fait suivant, le seul encore qui, des neuf cas précités, ait offert le bruit de râpe, bien qu'on n'eût pas à invoquer une abondante perte de sang, on est resté dans le doute à la clinique de l'Hôtel-Dieu, relativement à l'existence ou à la non-existence d'une endocardite. Est-ce donc scepticisme outré, ou bien sage et philosophique réserve? Nos lecteurs vont en juger.

XIVe OBSERVATION (2).

Rhumatisme articulaire aigu: 3e attaque à 26 ans. Hérédité nulle. Première attaque à 12 ans. Nul refroidissement n'a précédé l'attaque actuelle. Guérison complète des douleurs au 8e jour, après deux saignées seulement. Dix jours après, bronchite aiguë; quelques phénomènes anomaux du côté du cœur, BRUIT DE RAPE (Endocardite? Tout cela disparaît en quelques jours.

Beauvais, âgé de 26 ans, marchand de vin, autrefois boucher, de constitution médiocrement forte, mais d'une bonne santé habituelle. Ses parens ne sont pas rhumatisans. Cet homme a eu une attaque de rhumatisme articulaire avec fièvre, à l'âge de douze ans; elle se

(1) La traduction du Mémoire de Marshall Hall se trouve dans les *Archives* (t. II, 2e série. Juillet et août 1833.)

(2) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

prolongea cinq semaines. Une seconde attaque eut lieu à vingt ans, sa durée fut de quinze jours. Il n'a été soumis dans les deux cas à aucun traitement actif. Il n'éprouve jamais de palpitations. Il n'est pas essoufflé, quoiqu'il se livre souvent à des excès alcooliques.

Le 22 décembre (1835), sans s'être préalablement refroidi, il éprouve beaucoup de difficulté à marcher, à cause d'une vive douleur qui a envahi le genou droit.

Entré le 27 à l'hôpital, il se plaint vivement des épaules, des genoux, et les poignets sont gonflés et douloureux. La soif est vive, la langue blanchâtre; le pouls à 112, large et dur; la région du cœur exempte de matité et de tous bruits anormaux. (*Saignée de seize onces.*)

Le 28, pas de changemens. (*Saignée de douze onces.*) Le pouls tombe à 92.

Le 30, toutes les douleurs ont cessé complètement. Depuis la veille au soir, le malade est convalescent.

Le 9 janvier, il est affecté, sans cause connue, de bronchite aiguë; et, en auscultant la région précordiale, nous constatons pour la première fois que les battemens du cœur sont plus sourds, comme voilés. Si on pratique la percussion sur ce point, le malade éprouve un frissonnement, une sensation désagréable plutôt que douloureuse. La matité est dans les limites ordinaires, la respiration est pure. Il n'y a point d'impulsion. Le pouls, à 90, est régulier. (*Saignée de douze onces.*)

Du 10 au 17, on perçoit distinctement à la pointe du cœur un bruit de râpe, qui diminue peu à peu d'intensité, et a presque disparu le 17. La percussion de la région précordiale ne cause plus aucune sensation désagréable. La bronchite est guérie.

Le malade sort le 23. A cette époque, le pouls bat 68 fois, il est régulier. Le malade marche toute la journée sans être oppressé; il n'a pas d'œdème.

Il est permis de supposer que, dans le cas précédent, par suite de la disparition rapide de la fièvre et des douleurs arthritiques, quoique après quelques jours d'intervalle, il y a eu développement d'une endocardite rhumatismale, qui donna lieu au bruit de râpe et aux autres phénomènes anomaux du côté du cœur; mais ce ne peut être qu'une supposition et rien de plus.

Ce n'est donc pas que nous rejetions absolument la possibilité d'une endocardite qui soit ou concomitante ou consécutive du rhumatisme articulaire aigu. Tout au contraire. Plus heureux que M. Bouillaud, qui, dans les cas que présentent ses *Nouvelles recherches*, ne conclut à l'existence d'une endocardite que d'après des signes non moins incertains dans leur ensemble qu'ils le sont chacun en particulier, nous pouvons, nous, offrir à nos lecteurs le cas suivant, récemment observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et dans lequel l'autopsie, seule preuve décisive et péremptoire de la réalité de toute maladie dont le diagnostic est encore équivoque, a fourni un bel exemple de l'altération décrite par M. Bouillaud sous le nom d'endocardite dans son *Traité clinique des maladies du cœur.*

XVe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu, avec complication de rhumatisme musculaire. Hérédité nulle. Point de refroidissement, comme cause déterminante. Traitement par les saignées répétées (Huit livres de sang en cinq jours). Quelques symptômes du côté du cœur, mais peu caractéristiques et peu constans. Mort au 24e jour depuis l'invasion fébrile. — *Autopsie:* nulle lésion dans les articulations; péricardite légère. ENDOCARDITE? Épanchement séreux dans la plèvre droite.

Miguet (Louise), âgée de 27 ans, lingère, affirme n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale: elle a toujours joui d'une bonne santé. Accouchée il y a sept ans, ses règles apparaissent régulièrement tous les mois, et ne coulent que pendant deux ou trois jours. Elle habite au septième étage dans la rue Saint-Jacques. Sa nourriture est bonne. Elle ne connaît personne dans sa famille qui ait des accès de rhumatisme ou de goutte.

Interrogée plusieurs fois sur les circonstances qui ont précédé la maladie actuelle, Louise assure *qu'elle ne s'est pas refroidie*, qu'elle n'a fait *ni courses ni ouvrages forcés.* Le 13 mars, pendant qu'elle était occupée à coudre, elle éprouve tout à coup des douleurs dans les fesses, les cuisses et les mollets. Pendant les quatre jours qui suivent, elle peut se livrer, quoique avec peine, à ses occupations journalières; mais, le 18, ses souffrances sont si vives, qu'elle est forcée de s'aliter; la fièvre s'allume en même temps que toutes les articulations des membres inférieurs se prennent à la fois.

Le 21 (neuvième jour de la maladie), Louise est apportée sur un brancard dans les salles de la Clinique, et examinée le jour même, à la visite du soir, par M. Grisolle. Voici ce qu'il observa. C'est une femme de moyenne taille; son embonpoint est considérable, mais ses chairs sont flasques; sa peau est blanche; elle a les cheveux châtains; elle est couchée en supination, immobile dans son lit; elle se plaint vivement des muscles de la région lombaire, des mollets et des cuisses; les pieds sont peu douloureux; elle souffre davantage des genoux qui, d'ailleurs, ne sont point rouges et sont à peine tuméfiés. Les membres supérieurs et les

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

articulations du tronc sont exempts de douleurs. Il y a peu de céphalalgie; la langue est humide, sans enduits; la soif vive, l'appétit est perdu; il y a constipation depuis trois jours; les mouvemens respiratoires s'exécutent sans douleurs; la percussion est bonne partout. La respiration vésiculaire, dans tous les points, s'entend distinctement à la région précordiale. Celle-ci n'offre aucune déformation appréciable. D'ailleurs, le volume considérable des mamelles empêche de limiter exactement le cœur en haut, en bas et en dehors. Aucune matité n'existe le long du bord sternal gauche. Les battemens du cœur sont réguliers. Les deux bruits sont distincts et ont leur timbre normal. La percussion n'excite aucune douleur locale. Le pouls bat 104 fois; il est large et dur; la chaleur générale est halitueuse. (*Saignée de dix-huit onces.*) Pas de sommeil. Les douleurs redoublent pendant la nuit.

Le 22, les deux rotules sont soulevées par l'épanchement qui s'est formé dans les genoux. La douleur a augmenté dans les deux articulations tibio-tarsiennes. La sensibilité est vive dans la continuité des cuisses et dans les lombes. Le pouls à 120, large et dur. La chaleur est médiocre; le thorax et le cœur en particulier n'offrent que les résultats négatifs de la veille. (*Saignée de dix-huit onces.*) Le soir, pouls (108); agitation extrême; cris aigus arrachés par les douleurs devenues intolérables; la tuméfaction des genoux et des pieds a augmenté. (*Saignée de dix-huit onces*). Pas de sommeil, mêmes douleurs, même agitation. A neuf heures du soir, M. Grisolle prescrit deux grains d'opium, qui calment les souffrances et procurent plusieurs heures d'un sommeil paisible.

Le 23, pouls (96), large et dur. Le premier bruit du cœur est un peu plus clair; les douleurs sont un peu moins vives; il y a moins d'immobilité dans les membres inférieurs; les genoux sont plus tuméfiés; ils ont pris une forme globuleuse. Les deux poignets sont douloureux. Une selle (*saignée de trente onces*). La saignée est suivie d'une syncope. Le soir, pouls à 100, d'une résistance médiocre. La malade se plaint vivement du poignet, du coude gauche et des deux pieds. Si on percute la région précordiale, on excite une très légère douleur dans une étendue de deux pouces transversalement, à partir du bord gauche du sternum. Cette même sensibilité n'existe pas dans le point correspondant du côté opposé. Il n'y a ni voussure appréciable, ni matité le long du sternum. La respiration s'entend à toute la région précordiale. En dehors et en bas du mamelon, on perçoit distinctement, dans l'étendue d'un pouce environ, un très léger souffle accompagnant le premier bruit du cœur. Point de dyspnée; il y a 20 respirations par minute; point d'œdème, point de syncopes; aucune tendance aux lipothymies. Dans la soirée, les souffrances sont si aiguës qu'on donne à la malade deux grains d'opium, qui la calment et lui procurent du sommeil.

Le 24, sentiment de grande faiblesse; pâleur générale; les douleurs sont à peu près stationnaires; langue blanchâtre; pas de selles; le bruit de soufflet plus fort que hier, diffus, s'entend dans toute la région précordiale. Au niveau du mamelon, l'oreille perçoit un très léger bruit de râpe; point de voussure; même sensibilité à la percussion. Cette douleur de la région précordiale, que la percussion détermine, est excessivement faible, et la malade ne s'en plaindrait pas si on n'appelait son attention là-dessus. Pouls (100), large et régulier. (*Saignée de dix-huit onces.*) Le soir, agitation; cris aigus arrachés par les douleurs atroces que la malade éprouve dans les épaules, les poignets et les pieds: 20 respirations, pouls (108), assez large; bruit de soufflet plus faible; le bruit de râpe n'existe plus (*Saignée*): on ne put tirer que huit onces de sang à cause d'une syncope qui survint (2 *gr. d'opium la nuit.*)

Le 25 pouls (112), assez ample; même souffle et même sensibilité de la région précordiale, douleurs un peu moindres, quelques sueurs la nuit dernière, pas de selle, langue blanchâtre, soif. (*Huile de ricin, demi-once.*) Le purgatif procure plusieurs selles. Le soir, même état stationnaire; pouls (104), large. (*Saignée de dix-huit onces*). (Dans toutes les saignées, le sang a été couenneux; la proportion de sérum a augmenté avec le nombre de saignées faites.) Dans la soirée, les douleurs s'aggravèrent considérablement: 2 grains d'opium sont nécessaires pour calmer la malade.

Le 26, chaleur halitueuse; pouls (104), mou; même souffle, affaissement, sentiment d'une grande faiblesse, pâleur anémique, douleurs aiguës et gonflement du genou et du pied gauches, toutes les articulations du membre supérieur droit sont prises. (*Chiendent*) La malade se plaint et crie toute la journée, 3 grains d'opium sont nécessaires pour la calmer.

Le 27 mars au 1er avril, le pouls, mou, varie de 100 à 116; la chaleur est sèche; le nombre des respirations s'élève de 20 à 30; le bruit de soufflet reste à peu près le même, tantôt diffus, tantôt limité au voisinage du mamelon; une seule fois on entend, pendant une demi-journée, un léger bruit de frôlement à 2 pouces en dehors du sternum; la région précordiale est toujours un peu sensible à la percussion, la respiration s'y entend bien, pas de matité anomale le long du sternum, langue blanchâtre, soif, selles rares: les douleurs restent bornées aux pieds, au genou, au poignet et à l'épaule gauches. (*Lait de poule.*)

Le 1er avril, il y a un grand affaissement, la douleur de la région précordiale a augmenté, la

respiration y est pure, on n'y constate ni matité ni voussure, le bruit de soufflet persiste, il y a 30 respirations ; le pouls, régulier, égal, peu fort, bat 116 fois; il n'y a ni œdème, ni syncope, ni délire ; la langue est un peu sèche, les douleurs sont stationnaires. (20 *sangsues à la région du cœur.*) Le soir, il y a 40 respirations et 100 pulsations ; le pouls, mou, offre 4 à 5 intermittences par minute ; le bruit de soufflet est à peine marqué : la malade est très accablée. Les sangsues ont peu coulé. (*Vésicatoire sur le sternum, cataplasmes sinapisés aux mollets.*)

Le 2, même irrégularité du pouls qui, quoique ample, résiste à peine à la pression du doigt ; le bruit de soufflet est limité à un petit espace, assoupissement, point de lipothymies, les douleurs rhumatismales occupent les mêmes articulations ; le vésicatoire n'ayant point pris on le réapplique le soir. Le pouls, compté pendant quelques minutes n'offre plus d'intermittences ; il est à 104.

Le 3, un peu de délire, la nuit, le pouls (100), régulier ; 40 respirations, toux fréquente sans expectoration et sans râles. (*Chiendent, bouillon, sinapismes.*)

Le 4, toute sensibilité locale a disparu à la région précordiale, le bruit de soufflet existe à peine, le pouls est irrégulier, la chaleur de la peau est assez vive, assoupissement, rêvasseries ; le soir, les douleurs articulaires sont devenues très vives dans les lombes, les poignets, les épaules, les coudes ; chaleur vive et âcre ; pouls (108), ample et assez dur, toux fréquente ; râle sibilant, général dans le côté droit ; 44 respirations ; agitation, un peu de délire. (*Saignée de treize onces*). Couenne n'existant que par places ; caillot mou ; la sérosité forme les 3/4 de la masse.

Le 5, pouls (100), régulier, très mou ; bruit de soufflet persistant.

Le 6, douleurs moindres.

Le 7, le bruit de soufflet a complètement cessé, les battemens du cœur ont leur timbre ordinaire (Pour éviter toute erreur, M. Grisolle eut même soin plusieurs fois d'ausculter comparativement le cœur de plusieurs femmes de la salle, lesquelles étaient exemptes de toute affection de cet organe) ; le délire a cessé, le facies est calme.

Le 8, état satisfaisant. (*Bouillon.*)

Le 9, sans frisson ni douleurs préalables, on constate, dans le quart inférieur du côté droit de la poitrine, un peu de faiblesse du bruit respiratoire : le son y est aussi un peu obscur ; pouls (100), régulier ; bruits du cœur naturels ; les douleurs articulaires ont cessé.

Le 10, dans la journée, émotion morale vive ; la malade rejette, peu après, quelques crachats rougeâtres un peu visqueux : matité du tiers inférieur et postérieur du côté droit du thorax, respiration bronchique et retentissement sacadé de la voix ; pouls (108), faible ; 44 respirations, dyspnée ; nulle coloration ou œdème, agitation, selles involontaires (*Large vésicatoire sur le thorax*) ; mort dans le courant de la nuit.

Autopsie, 30 heures après la mort.

Habitus. — Rien à noter dans l'habitus extérieur ; aucune infiltration séreuse ou sanguine ; aucun indice de putréfaction, l'embonpoint est assez bien conservé.

Articulations. — Les épaules, les poignets, les pieds, les genoux ont repris leur volume ordinaire ; cependant les chairs de la main gauche sont un peu plus flasques, et la rotule gauche est très légèrement soulevée par la synovie. L'intérieur de ces articulations est blanc et lisse ; il s'en écoule une petite quantité de synovie visqueuse, jaunâtre, demi-transparente, sans odeur : toutes les parties constituantes de ces articulations ne nous offrent aucune altération appréciable ni dans leur consistance, ni dans leur coloration, ni dans leur épaisseur.

Crâne. — Pas d'injection, nulle lésion de tissu, substance cérébrale généralement molle.

Thorax. — Poumons, plèvres. — Rien de pathologique dans la plèvre et le poumon gauches. Dans la plèvre droite existe une pinte de sérosité transparente sans flocons, les plèvres costale et pulmonaire sont lisses partout sans fausses membranes ni granulations. Le poumon correspondant, dans son tiers inférieur, est dense, sans friabilité, et tout à fait vide d'air. Bronches bleuâtres. Aucune trace évidente de pneumonie.

Cœur et péricarde. — Deux cuillerées à bouche de sérosité citrine sont épanchées dans le péricarde. Il n'existe ni rougeurs, ni épaississemens, ni fausses membranes sur le péricarde pariétal, ni sur la portion de cette séreuse qui recouvre les ventricules et la face antérieure des oreillettes ; mais à la face postérieure de celles-ci existent quelques fausses membranes grenues ou striées, grisâtres, minces, adhérentes, de formation récente, occupant environ un pouce et demi-carré. Le péricarde reste lisse au dessous d'elles, et non épaissi. Le cœur a un volume plus considérable, son tissu est rouge, sa consistance est bonne ; son diamètre vertical, de la base des ventricules à la pointe, est de 4 pouces, le transversal a 4 pouces 1/2. Le ventricule gauche une fois fendu longitudinalement, le doigt indicateur, introduit dans sa cavité, pénètre ensuite dans l'oreillette correspondante, sans éprouver de résistance. Sur tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on trouve de petites granulations du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet, confluentes ou discrètes, gri-

sâtres, assez dures. Les tendons fournis par la colonne charnue qui longe la paroi postérieure du ventricule sont enveloppés par une matière molle, grisâtre, granuleuse, peu adhérente, friable; cette matière est réunie en masse vers l'extrémité droite de la valvule, de manière à donner à cette partie de la cloison auriculo-ventriculaire gauche une épaisseur de 8 lignes. Cette augmentation dans l'épaisseur est formée également par une véritable fausse membrane située sur cette portion de la valvule qui forme la paroi inférieure à l'oreillette. Cette production morbide a 6 lignes en surface; elle est très adhérente, peu granuleuse, grisâtre à l'extérieur, ressemblant un peu aux fausses membranes situées sur le péricarde à la face postérieure des oreillettes. La matière friable qui double inférieurement la cloison auriculo-ventriculaire se prolonge transversalement dans l'étendue de plus d'un pouce, formant à la base du ventricule, près de l'orifice aortique, à 3 lignes du sommet des valvules sigmoïdes, une masse qui fait une saillie de 10 lignes dans la cavité du cœur. Cette tumeur est molle, grisâtre et grenue à l'extérieur, un peu élastique, comme spongieuse au dedans, se détache assez facilement du cœur dont la membrane interne reste dans ce point, grisâtre, opaque, épaissie. Sur le bord libre des valvules aortiques existe un liseré grenu, grisâtre, formé par des granulations semblables à celles que nous avons vues sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, plus confluentes cependant que dans ce dernier point; elles sont disposées, dans les enfoncemens qui séparent les valvules entre elles, en petites masses grenues d'un blanc grisâtre, ressemblant assez bien aux choux-fleurs syphilitiques. L'aorte est exempte de toute altération; elle a 25 lignes de développement au dessus des valvules.

Dans tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire droit existent des granulations du volume d'un petit grain de millet représentant à peu près l'état rudimentaire des granulations décrites à l'orifice aortique. La cavité des deux ventricules est notablement agrandie. Le ventricule gauche a une épaisseur de 5 lignes 1/2 à 6 lignes à la base; le droit, 1 ligne à 1 ligne 1/2 (les colonnes charnues n'étant pas comprises).

Le cœur contient, dans toutes les cavités, des caillots noirâtres non adhérens. Les parenchymes et le système veineux contiennent peu de sang.

Abdomen. — Tous les viscères de cette cavité, examinés avec soin, ne nous présentent aucune altération appréciable.

REMARQUES.

Je ne veux pas me montrer de trop difficile composition sur la nature des productions morbides qui furent trouvées à la surface de la membrane interne du cœur, et que j'ai vues et examinées moi-même de mes propres yeux. On pourrait, non sans quelque vraisemblance, les attribuer à une concrétion fibrineuse et décolorée du sang, telle que celles que l'on rencontre si souvent libres à l'intérieur du cœur; laquelle concrétion serait devenue, en ce cas, adhérente à l'endocarde, mais sans inflammation préalable de cette membrane. Certes, une telle manière de voir n'a rien qui répugne à la raison, dans l'état actuel des connaissances médicales; et je comprends sans peine que beaucoup de médecins aient révoqué et révoquent encore en doute, non seulement la coexistence de l'endocardite avec le rhumatisme, mais l'existence même de l'endocardite, qu'ils traitent de maladie imaginaire et chimérique. Mais, pour ma part, j'incline plutôt à croire, avec M. Grisolle, qu'il y avait là inflammation de l'endocarde. Dans cette hypothèse, les productions morbides s'expliquent comme résultat d'une exhalation inflammatoire et pseudo-membraneuse; ou, tout au moins, on se rend compte de l'adhérence des concrétions spontanées du sang par suite de leur contact avec des points enflammés de l'endocarde. Va donc pour l'endocardite!

Je transcris maintenant ici les remarques que M. Grisolle a faites, à propos de l'observation précédente, sur l'obscurité et l'incertitude des symptômes du côté du cœur, sur la nature de l'épanchement pleural, sur l'absence d'altérations anatomiques dans les articulations, et sur l'abondance des saignées: car, sur tous ces points, je ne saurais ni penser autrement que lui, ni dire mieux qu'il n'a dit lui-même.

« Comme l'endocardite s'accompagnait, chez » ce sujet, de péricardite, il est peut-être difficile, dans la symptômatologie, de faire la » part exacte de ces deux affections. Il est raisonnable pourtant de rapporter la plupart » des symptômes à l'altération la plus grave, » c'est-à-dire, à l'endocardite. Notons, en passant, que ces deux maladies ne paraissent » pas s'être développées d'une manière purement métastatique; il y a eu bien plutôt coexistence de l'endo-péricardite et du rhumatisme articulaire.

» A aucune époque de la maladie je n'ai » constaté ces battemens énergiques, ces palpitations aiguës, regardés par M. Bouillaud » comme un symptôme d'endocardite. Un des » phénomènes les plus remarquables que nous » ayons notés, c'est une douleur qu'on excitait » lorsqu'on comprimait ou qu'on percutait la » région précordiale. Cette douleur, qui manque, d'après M. Bouillaud, dans l'immense » majorité des cas, dépendait-elle de la péricardite, limitée à la face postérieure des

» oreillettes ? Cette supposition me paraît peu » admissible. Un symptôme plus remarquable » encore que la douleur, c'est ce bruit de souf- » fle obscur et limité dans un point circonscrit » vers la pointe du cœur, devenant diffus en- » suite, se propageant à toute la région du » cœur, ayant dégénéré une seule fois, au » pourtour du mamelon, en un bruit de râpe » très distinctement perçu. Ce qu'il y a de très » extraordinaire dans ce fait, c'est que, la lé- » sion des valvules restant probablement la » même, s'étant peut-être accrue, nous avons » vu ce bruit de souffle tantôt fort, tantôt fai- » ble, tantôt diffus, tantôt circonscrit, finir par » disparaître complètement dans les deux der- » niers jours de l'existence. A cette époque, le » timbre des battemens du cœur était devenu » tout-à-fait normal. Ce fait bien constaté, que » devons-nous penser de cette fameuse théorie, » tant prônée, quoiqu'elle manque encore de » preuves expérimentales ou directes, qui con- » siste à attribuer les bruits du cœur à la tension » des valvules. On a pu voir, en effet, que, dans » l'observation précédente, une altération » grave existant à presque toutes les valvules » du cœur, les deux bruits de ce viscère ont » repris néanmoins leur timbre ordinaire à une » époque avancée de la maladie.

» L'épanchement séreux qui s'est rapidement » formé dans la plèvre droite, et qui me paraît » avoir hâté la terminaison fâcheuse de la ma- » ladie, tient probablement à une gêne de la » circulation ; car il était indépendant de toute » phlogose, et ressemblait beaucoup à ces hy- » dropisies pleurales, si fréquentes dans les » affections organiques du cœur.

» L'examen le plus attentif de toutes les arti- » culations n'a fait découvrir dans aucune d'el- » les le plus léger vestige d'un travail inflamma- » toire quelconque. Ce fait ne sera pas inutile » dans l'histoire du rhumatisme ; car, quoique » la malade ait succombé deux jours après la » cessation des douleurs, il est probable, ce- » pendant, que si le rhumatisme était une in- » flammation ordinaire, il aurait dû laisser » quelques faibles traces de son passage dans » des tissus qu'il a envahis pendant vingt-cinq » jours.

» Huit livres de sang ont été tirées à la ma- » lade dans l'espace de cinq jours. Cependant » quelque énergique qu'ait été cette méthode, » elle a été évidemment impuissante ; elle n'a » pu ni juguler le rhumatisme, ni prévenir ni » combattre les lésions survenues du côté du » cœur : elle a été même impuissante pour cal- » mer les douleurs. Les saignées répétées ont- » elles contribué à la mort de la malade ? Je » l'ignore. »

Somme toute, pour clore enfin ce paragraphe-ci, il est bien évident que la loi de coïncidence, si aventureusement posée par le professeur de la Charité, n'est pas moins infirmée en ce qui touche l'endocardite, qu'en ce qui touche la péricardite, par les observations cliniques de l'Hôtel-Dieu. Car, faisons même à l'auteur de la prétendue loi les concessions les plus larges, disons mieux, toutes les concessions possibles que permettent ces observations. A cette dernière observation, dans laquelle nous reconnaissons volontiers un cas d'endocardite constaté par l'autopsie, ajoutons, sur les neuf cas du compte-rendu de M. Grisolle, le cas douteux où il y eut bruit de râpe (XIVe observ.), et le cas plus que douteux où il y eut bruit de soufflet (XIIIe observ.) : certes, nous sommes très-complaisans et très faciles. Hé bien, voilà en tout trois cas sur dix. Combien nous sommes loin de compte avec M. Bouillaud ! Ce professeur déclare que la coïncidence existe dans la *très grande majorité* des cas, par exemple : *huit fois sur neuf.* (*Nouv. Recherch.*, p. 27.) Et nous, avec la meilleure volonté du monde, avec la plus large partialité pour l'endocardite, nous ne pourrions signaler cette affection que dans la minorité, et la petite minorité des cas. Que serait-ce, si, critiques sévères, nous ne l'admettions que sur preuves authentiques et irréfragables ? Elle ne nous apparaîtrait plus que comme une exception, et une exception très rare.

§ VIII.—Durée du rhumatisme articulaire aigu général.

La durée du rhumatisme articulaire aigu général est fort incertaine. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Voici, par exemple, comment Pinel parle de l'état aigu du *rhumatisme fibreux* de la *Nosographie*, lequel est notre rhumatisme articulaire. « Cet état, » dit-il, « dure de sept à soixante jours. » Nous irons, nous, encore plus loin : car nous avons vu quelquefois le rhumatisme articulaire général ne se terminer qu'au bout de trois mois ; cette durée trimestrielle fut, à ce qu'il paraît, assez commune dans l'épidémie décrite par De Mertens (*Observ. med.*, t. II, chap. V). Mais, disons-le sur-le-champ, l'opiniâtre persistance du mal pendant deux à trois mois est hors de la règle ordinaire, ni plus ni moins qu'une rapide terminaison au bout de huit jours. Et, certes, il est aussi rare de voir le rhumatisme articulaire général se terminer dans l'espace d'un septénaire, qu'il est fréquent d'observer cette courte durée dans le rhumatisme articulaire partiel. La terminaison après deux septénaires s'observe plus souvent, mais elle n'est pas encore la plus commune. C'est, en général, du vingtième au trentième jour que la fièvre rhumatismale accomplit son cours. Pour durée moyenne ordinaire, il faut compter environ vingt jours, ou trois septénaires : M. Chomel

l'avait dit, il y a vingt-trois ans, dans sa *Thèse inaugurale* (1), et d'après les auteurs et d'après sa propre observation. C'est à un résultat moins favorable qu'aboutit le tableau statistique, récemment dressé par M. Bouillaud, de seize cas de rhumatisme articulaire aigu, « traité par la » formule des saignées générales et locales coup » sur coup. » (*Nouv. rech.* p. 147.) « La moyenne » de la durée jusqu'à complète guérison, » dit ce professeur, « a été de 19 jours ». Mais remarquons d'abord que, dans la supputation de cette moyenne, il fait abstraction d'une fraction qui n'est pourtant pas indigne d'être mise en ligne de compte. En effet, la totalisation des 16 cas de rhumatisme donne 310 jours de durée : or, le quotient *exact* et *précis* de 310 par 16, lequel exprime la durée moyenne, est 19 3/8 : cette durée moyenne a donc été de dix-neuf jours et demi, à un huitième près (c'est-à-dire, moins trois heures). Mais il y a plus : M. Bouillaud ne compte la durée qu'à dater de l'entrée à l'hôpital. Or, à l'époque de l'entrée, la maladie avait déjà, dans ces seize cas, plusieurs jours de date : le *minimum* est de trois jours ; le *maximum* est de quinze ; et le nombre moyen est de neuf jours un quart. Donc la moyenne vraie de la durée totale a été de 28 jours 5/8 (19 3/8 — 9 1/4 — 28 5/8) (2). Y avait-il là de quoi crier miracle, puisque cette durée dépasse d'un septénaire celle que la plupart des pathologistes donnent comme la plus ordinaire ? C'est que M. Bouillaud, par je ne sais quelle étrange méprise, s'est imaginé que les auteurs qui avaient parlé de la prolongation du rhumatisme articulaire jusqu'au quarantième, au soixantième et même au quatre-vingtième jour, donnaient cela non comme exception, mais comme règle.

L'incertaine durée du rhumatisme articulaire aigu est cause que les malades, et quelquefois même les médecins, se font illusion sur la valeur de tels ou tels remèdes. Car, il n'y a aucun moyen sûr de juger d'avance si tel rhumatisme durera un ou deux, ou trois septénaires, ou davantage. Nul pronostic là-dessus à établir d'après la plus ou moins grande intensité de l'invasion. Tel cas qui se caractérise, dès le début, par la vive acuité des douleurs et par la véhémence de la fièvre, pourra très bien se terminer, comme nous en avons offert des exemples dans le cours de cet ouvrage, et comme nous en pourrions citer encore beaucoup d'autres, en cinq jours (VIIe observ.), en onze jours (XIVe observ.), en quinze jours (VIe observ.). Le rhumatisme dont je fus atteint il y a huit ans, et dont les excessives douleurs sont encore présentes à mon imagination, se termina en deux semaines, après deux fortes saignées qui, pratiquées dans les deux premiers jours, n'avaient produit immédiatement aucun soulagement, et depuis lesquelles je m'étais borné à une pure et simple expectation. Voici un cas dont j'ai recueilli moi-même l'observation pendant mon service intérimaire à la clinique de l'Hôtel-Dieu; lequel cas, assez remarquable par l'intensité et la mobilité des douleurs, et par la violence de l'appareil fébrile, et par quelques accidens du côté du cœur, arriva néanmoins à une guérison complète au bout de quinze jours, avec le secours de deux saignées seulement.

XVIe OBSERVATION (3).

Rhumatisme articulaire aigu. Cause prédisposante probable : état puerpéral. Seconde attaque. La première attaque avait été, elle aussi, consécutive à un accouchement. Grande mobilité des douleurs, dont quelques-unes dans la continuité des membres. Affection rhumatismale du cœur ? Rhumatisme pharyngien ? Disparition des douleurs articulaires, et persistance de la fréquence du pouls : réapparition des douleurs. Rhumatisme épicrânien. Guérison complète au bout de quinze jours de traitement, par deux saignées.

Le 17 septembre 1834, entra à la Clinique, salle Saint-Lazare, nº 6, Thérèse Perrin, âgée de 40 ans, ouvrière en linge. Cette femme était accouchée il y avait deux mois. Déjà, quatorze mois auparavant, à la suite d'une grossesse, elle avait éprouvé une douleur à l'épaule gauche, et avait eu le bras raide pendant une huitaine de jours; mais, quoiqu'elle se fût alitée, son mal, assure-t-elle, était fort tolérable, et n'était rien en comparaison de la maladie actuelle.

Cette fois-ci, les suites de couches duraient depuis douze jours, lorsqu'elles se supprimèrent en même temps qu'un *rhume* assez intense se développa. Le *rhume* se termina il y a huit jours. C'est alors que la fièvre rhumatismale commença. L'épaule droite, le poignet et les doigts du même côté furent pris: le *gras du bras* était également douloureux. Puis les douleurs avaient passé dans le membre thoracique de l'autre côté.

18 septembre. (Examen à l'heure de la visite.) Le coude et le poignet droits, les doigts de la main gauche, et le dessous de la cuisse droite sont rhumatisés; toutes ces parties sont raides et douloureuses, mais non pas de manière à

(1) « Dans le rhumatisme aigu, elle (la durée) s'étend *rarement* au-delà du *deuxième* ou *troisième* septenaire, quand il est intense » .... Le rhumatisme aigu se termine assez souvent le *quatorzième* jour, surtout quand la marche de la maladie n'est troublée ni par les erreurs de régime, ni *par un traitement* actif. » (Chomel, *Th. inaug.*, p. 52.)

(2) Voir plus bas le relevé de ces seize cas (*même article*, sect. III, § III).

(3) Recueillie par M. Requin.

être condamnées à une immobilité absolue. Il n'y a pas eu de sommeil. Fièvre : 104 pulsations. La malade nous dit s'être fait transpirer en ville sans soulagement. (Prescription: *Saignée, 3 palettes; cataplasmes; chiendent; diète.*) La saignée ne fut point pratiquée, parce que la malade s'y opposa en déclarant que ses règles avaient paru.

19 septembre. Peu de sommeil; pouls moins fréquent que la veille (96); rougeur et chaleur aux deux poignets, et aux doigts de l'une et l'autre mains. Douleur en dessous du genou droit, ainsi qu'à la hanche droite, et dans la continuité de la cuisse à la région postérieure. Le genou gauche a été pris, cette nuit, en dessous. La malade sentit hier soir une vive palpitation pendant 2 ou 3 heures. Était-ce que le mal se fût transporté sur le cœur ou ses membranes? Ce matin, rien, ni parmi les phénomènes de percussion et d'auscultation, ni parmi les désordres fonctionnels, ne permet plus de le soupçonner. L'écoulement menstruel ne s'est point établi. (Prescription: *Saignée, 3 palettes; cataplasmes; chiendent miellé nitré 2 pots; lavement émollient; diète.*) Couenne sur le sang.

20 septembre. Insomnie complète; pouls (112); poignet droit délivré; poignet gauche très douloureux, avec rougeur et chaleur, ainsi que l'articulation métacarpienne du médius du même côté. Les deux genoux sont douloureux, et les jambes, aussi, dans leur continuité jusqu'aux coudes-pieds. (Prescription: *Saignée, 2 paletles;* etc., *ut suprà.*) Couenne sur le sang.

21 septembre. Insomnie; pouls (128); soif très vive; le poignet gauche est délivré. Le médius, l'index, et l'annulaire du même côté sont pris. Genoux, coude-pieds et orteils, excessivement douloureux. (Prescription: *ut suprà,* excepté la saignée.)

22 septembre. Insomnie; pouls fréquent; soif très vive; à la main gauche, l'articulation phalangino-phalangettienne de l'annulaire est seule douloureuse; à la main droite, l'articulation phalango-phalanginienne du médius s'est prise. Genoux, coude-pieds et orteils encore très douloureux, mais un peu moins, cependant, que la veille; légère douleur en avalant, sans rougeur ni gonflement dans l'intérieur de la gorge. (Prescription: *ut suprà; plus gargarisme*)

23 septembre. Un peu de sommeil, mais avec des rêves pénibles, pouls (112). Soif moins vive. A la main gauche, l'annulaire est envahi dans toutes ses articulations: à la main droite, le poignet et toutes les articulations des doigts sont rhumatisés: les genoux, les coude-pieds et les orteils sont douloureux dans le mouvement; mais dans le repos il n'y reste qu'un sentiment d'engourdissement. Douleur moindre dans la déglutition. (Prescription: *ut suprà.*)

24 septembre. Sommeil meilleur; pouls (96); appétit; le poignet et les doigts de la main droite sont plutôt engourdis que douloureux; l'épaule, le coude, le poignet et les doigts du côté gauche sont rhumatisés, mais avec moins d'intensité dans les douleurs qu'on n'en avait observé jusqu'alors chez cette malade. Les genoux et les coude-pieds sont libres; quelques orteils sont encore un peu douloureux; légère douleur en avalant. (Prescription: *ut suprà, deux potages*).

25 septembre. Un peu de sommeil, pouls (80); poignet et coude gauches un peu douloureux; le genou gauche est repris; orteils un peu douloureux; toujours légère douleur en avalant; la douleur la plus forte siége actuellement au bas de l'échine sur la ligne médiane. (Prescription: *ut suprà.*)

26 septembre. Pouls (80); appétit prononcé; il ne reste plus qu'un peu de douleur au coude et au genou gauches, et aux orteils. (Prescription: *ut suprà; quart de portion.*)

27 septembre. La malade a marché ce matin pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital; elle n'a plus de douleurs nulle part; elle est seulement très faible, et comme courbaturée. Elle réclame à grands cris une augmentation de nourriture; elle digère bien. (*Demi-portion.*)

28 septembre. La malade se sent de plus en plus forte; elle se plaint qu'on ne lui donne pas assez à manger; elle veut sortir, mais comme le pouls a toujours une certaine fréquence (80), et qu'il y a par conséquent à craindre une réapparition des douleurs, je refuse l'*exéat.*

29 septembre. Ainsi que j'en avais prévu la possibilité, un peu de rhumatisme a reparu. C'est à la hanche et au genou gauches: la douleur y est à peine marquée dans le mouvement du membre, le corps étant en decubitus; mais elle se prononce davantage dans la station, de manière à empêcher complètement que le corps se maintienne appuyé sur le membre rhumatisé. (Prescription: *chiendent; lavement; quart de portion.*)

30 septembre. La malade a mal dormi. Elle a eu une douleur superficielle à la tête, laquelle douleur s'exaspérait par le froncement du sourcil: peu d'appétit; cependant, la fièvre est presque nulle: pouls petit, et peu fréquent (80); et peu de chaleur à la peau; peu de soif; douleurs dans le bras gauche, dans les reins et dans les jambes, mais pas assez intenses pour empêcher le mouvement. (Prescription: *Chiendent, cinq grains de poudre de Dover, deux potages.*)

1er octobre. Sommeil assez bon; douleurs moins sensibles; appétit. (Prescription: *Chiendent; cinq grains de poudre de Dover; quart de portion.*)

2 octobre. Bon sommeil; marche facile; point de fièvre; pouls (72); point de douleurs: seulement un peu d'engourdissement dans les membres; la malade a, par exemple, quelque peine à couper son pain. (Prescription: *ut suprà.*)

Dès lors, la malade alla de mieux en mieux, et sortit au bout de quelques jours.

Que dans tous ces cas on eût expérimenté pour la première fois quelque système de traitement; que l'on eût, par exemple, saigné coup sur coup, ou bien employé quelque drogue nouvelle, certes on aurait été porté à croire qu'un tel succès était dû à la supériorité de la médication; on aurait pu s'écrier qu'on avait jugulé la maladie. Mais ces cas heureux et exceptionnels se montrent, il faut l'avouer, sous les traitemens les plus divers. Par exemple, je tombe en ce moment sur un compte-rendu de la clinique de M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des enfans, compte-rendu inséré par M. le docteur Constant dans la *Gazette Médicale* (année 1834); et j'y vois que, chez un jeune homme de quatorze ans, un rhumatisme articulaire aigu a été guéri, sans saignées, avec l'oxide blanc d'antimoine, en seize jours (p. 313); que, chez un enfant de douze ans, la même maladie, compliquée de péricardite, a été guérie également sans émissions sanguines, au douzième jour, par l'emploi de l'ipécacuanha au début, puis par le tartre stibié à haute dose. On pourrait composer un énorme volume, rien qu'en recueillant ainsi les faits authentiques de rapides guérisons qui se sont opérées à l'aide, et peut-être même à l'encontre des médications les plus différentes. Nous aurons occasion d'en citer encore quelques-uns dans la section suivante, qui sera relative au traitement. Que l'on ne se presse jamais de chanter victoire lorsqu'on sera peut-être tombé sur quelques cas heureux dans l'expérimentation d'une méthode nouvelle de traitement. Que l'on trouve un médicament, une médication, qui, sur une masse de trente à quarante malades affectés de fièvre rhumatismale, amène costamment la guérison après quatorze jours; alors il n'y aura plus de doute sur l'efficacité de ce médicament, de cette médication. Depuis long-temps, hélas! on cherche un tel secret, et il est encore à trouver.

§ IX.— Terminaison.

Le rhumatisme articulaire aigu se termine favorablement, hormis le cas des phlegmasies séreuses concomitantes ou métastatiques, auxquelles j'ajouterai, si l'on veut, l'endocardite: remarquons, cependant, que les pleurésies et les péricardites *rhumatismales,* les deux complications de ce genre que l'on observe le plus fréquemment, se montrent encore, en général, moins graves et plus promptes à guérir que les pleurésies et les péricardites ordinaires. Cette sécurité, quant à l'issue de la maladie, est, au moins, une compensation de tant de douleurs et de peines.

Toutefois, la résolution n'est pas toujours complète. Chez quelques individus, il reste des traces ineffaçables du mal: des concrétions tophacées, par exemple; quelquefois même, un état de flexion vicieuse et permanente des articulations, et comme une sorte d'ankylose (est-ce par suite de l'adhérence des synoviales, ou par simple contraction ou rétraction des muscles?) Mais, disons-le sur-le-champ, cela n'arrive presque jamais après une première attaque, ni surtout dans le cas d'un rhumatisme articulaire général. Ces altérations permanentes ont particulièrement lieu à la suite de plusieurs récidives, après le passage de la maladie à l'état chronique, et surtout dans le cas de rhumatisme articulaire partiel: car, plus la cause arthritique se dissémine et s'étend dans l'économie, plus aussi semble-t-elle s'épuiser et s'éliminer.

Le rhumatisme articulaire peut-il se terminer quelquefois par suppuration? Nous voilà maintenant arrivés à examiner sérieusement ce point d'anatomie pathologique. Répétons encore ici qu'il est fort rare qu'un individu succombe dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Donc les faits nécroscopiques, propres à résoudre la question en litige, ne peuvent se présenter qu'en très-petit nombre, même sur le plus vaste théâtre d'observation.

Certes, on a quelquefois trouvé du pus dans les articulations qui, pendant la vie, avaient été le siége de douleurs plus ou moins vives, plus ou moins opiniâtres. On en a aussi rencontré en certaines circonstances où rien n'avait fait soupçonner sur le vivant qu'il y eût une affection rhumatismale, et où l'on prétendait après coup que cette affection avait été méconnue: tel était, par exemple, le cas de ces prétendues arthrites chez les nouveau-nés, lesquelles ont été déjà plus haut appréciées et jugées dans la section d'*Étiologie,* paragraphe des *Causes prédisposantes.*

Mais, en vérité, dans les divers faits de cette sorte, ne peut-on, ne doit-on même pas voir autre chose que du rhumatisme? Ce doute aurait pu passer pour téméraire et bizarre, il y a quelques années; mais, depuis un certain temps, l'anatomie pathologique a, d'après l'évidence de faits positifs et nombreux, définitivement reconnu la réalité des métastases purulentes. Il y a quinze ou vingt ans, au contraire, sous le règne de la physiologie toute solidiste des Pinel et des Bichat, toute trace de pathologie humorale était honnie et conspuée. Alors un auteur de médecine employait tout au plus une page à dire un mot des humeurs: toutes

les autres pages de son livre ne parlaient plus que des solides, et leur accordaient toujours le premier rôle dans la production des maladies. C'est M. Chomel qui, le premier, dans son *Traité de Pathologie générale,* prit parti pour l'humorisme, et chercha à montrer ce qu'il y avait de juste et de vrai dans ce système médical, par opposition au solidisme exclusif.

Pour en revenir à la question particulière qui doit ici nous occuper, il est aujourd'hui reconnu et avéré qu'à la suite de plaies considérables, après de grandes opérations, la suppuration venant à se tarir, il se forme des abcès dans divers organes intérieurs, et particulièrement dans les organes d'hématose, comme le foie et les poumons; et que ces abcès doivent être attribués à une métastase purulente, soit que le pus tout entier ait été apporté de la surface suppurante, soit plutôt, qu'une seule parcelle de pus résorbé ait développé par inflammation un foyer purulent autour du point où elle aura été déposée. Hé ! bien, on a aussi trouvé du pus dans l'intérieur des articulations à la suite de blessures, et après l'accouchement, qui est une vraie déchirure de l'utérus et autres parties génitales de la femme. Mais ces collections purulentes intra-articulaires s'étaient formées, pour la plupart, sans douleur, sans raideur de l'articulation. Etait-ce donc là un rhumatisme ? Rhumatisme et absence de douleur, n'y a-t-il pas contradiction absolue entre ces deux termes ? D'autres fois, il est vrai, l'articulation qui contenait du pus, a été douloureuse, et on a été en quelque sorte fondé à qualifier la maladie de rhumatisme. Mais est-ce à dire que toute douleur articulaire, sans exception, soit due au rhumatisme ?

Ce n'est pas, comme des adversaires hautains et dédaigneux de notre opinion pourraient feindre de le croire, ce n'est pas, dis-je, faute d'avoir lu dans les auteurs beaucoup de cas semblables, ni faute d'en avoir vu de nos propres yeux, que nous rejetons hors de la sphère du rhumatisme les abcès articulaires. Souvent, sans attendre l'autopsie, et sur le vivant même, nous avons pu faire la distinction ; nous avons pu diagnostiquer l'abcès articulaire sous la bénigne apparence du rhumatisme, et fonder sur ce diagnostic un pronostic mortel. A l'époque même où ces leçons étaient oralement professées à l'Hôtel-Dieu, M. Chomel avait même l'occasion de joindre l'exemple à la théorie. Voici le fait en peu de mots : un homme se présenta à la clinique avec un genou gonflé et légèrement douloureux, et avec les signes évidens d'un épanchement dans la cavité articulaire. Etait-ce là une simple supersécrétion de synovie, une hydrathrose ? Ce qui fit, en premier lieu, soupçonner autre chose, c'est qu'en même temps il existait vers le poignet un abcès consécutivement survenu. Puis, le malade pressé de questions finit par déclarer que l'affection du genou s'était développée à la suite d'un coup de pied de cheval qu'il avait reçu à la jambe ; ce qu'il avait d'abord dissimulé ou du moins négligé de signaler. Bref, d'après ces circonstances, et quelques autres encore, M. Chomel soupçonna que la tumeur du genou était formée par une collection purulente, et que l'abcès du poignet était métastatique, et dû à la résorption du pus ; il porta donc le pronostic le plus sinistre. En effet, les symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver ; il se forma des abcès en plusieurs autres points du corps, et le malade succomba. L'autopsie montra que le point du départ de la maladie avait été une phlébite dans le membre qui avait reçu le coup ; une branche de la veine poplitée s'était enflammée, et l'inflammation, bien et dûment caractérisée par la présence du pus et des pseudo-membranes, s'était propagée jusqu'à la veine poplitée elle-même.

En vérité, si un fait pareil eût pu être pris au début pour un cas de rhumatisme, la marche ultérieure de la maladie, et surtout l'autopsie, auraient dû, à notre avis, révéler l'erreur de diagnostic. Que sera-ce donc, lorsque nulle douleur n'aura accompagné la formation des abcès articulaires, et n'aura pu donner lieu à la méprise pendant la vie ? Pourra-t-on, sans un étrange abus de mots, sans une assimilation illogique de choses opposées et contradictoires, invoquer là le rhumatisme dont la douleur est le caractère le plus essentiel ? Et à ce propos, M. Chomel racontait un fait qu'il se rappelle avoir vu il y a déjà plusieurs années, et qui, bien que dépourvu de détails et réduit, pour ainsi dire, à sa plus simple expression, est néanmoins assez remarquable. Un malade réputé hydrophobe fut traité par l'injection de l'eau dans les veines : il se calma et parut guéri ; puis au douzième jour il mourut avec du pus dans les articulations, sans que les articulations eussent été le moins du monde douloureuses. Et d'abord, cet individu n'avait pas la rage; autrement il serait mort au troisième ou quatrième jour, et non pas au douzième. En second lieu, et c'est ce qui nous importe ici, ce cas là n'était certainement pas un cas de rhumatisme, et l'on ne songea pas du tout à le considérer ainsi à l'époque même où on l'observa, quoiqu'on ne sût pas trop alors comment se rendre compte de la présence du pus dans les articulations. Il est permis aujourd'hui de penser que dans ce cas, comme dans tant d'autres analogues qu'on lit chez les anciens auteurs, il y aura eu probablement une phlébite, maladie qu'on n'a appris que dans ces derniers temps à bien reconnaître et qui auparavant a dû souvent être

méconnue. Et notamment, dans le cas même qui nous occupe, on peut signaler comme cause fort naturelle d'une phlébite soit l'injection de l'eau dans les veines, soit la morsure toute simple, non pas en tant qu'imprégnée du virus hydrophobique, mais en tant que plaie contuse.

Les abcès articulaires, je le répète, se montrent la plupart du temps, sans douleur aucune, et, de plus, ils apparaissent simultanément en plusieurs articulations. Il n'est pas néanmoins impossible qu'il en soit autrement. La douleur peut, quelquefois aussi, se développer, et une seule articulation, être le siége unique du mal. Mais alors les circonstances commémoratives permettront de distinguer l'abcès métastatique d'avec le rhumatisme; c'est à la suite d'une plaie, d'un accouchement, d'une phlébite ou autres circonstances analogues, que le pus se sera ramassé dans une ou plusieurs articulations. En outre, ces abcès articulaires n'ont point du tout la marche du rhumatisme articulaire. Peu remarquables et souvent même latens quant aux symptômes locaux, ils s'accompagnent presque toujours d'un sinistre cortége de symptômes généraux, qui ont de tout temps fixé l'attention des observateurs indépendamment de toute théorie régnante. « Observons, » disait M. Roux en 1821 « que les abcès des articulations se » montrent, le plus ordinairement, avec un ap- » pareil formidable de symptômes dont il n'est » pas facile de donner la raison physiologique. (*Dict.* en 21 vol., art. *Abcès*, t. 1, p. 15.) Oui, en effet, cela n'était pas facile alors, vu l'injuste dédain qu'on avait pour toute explication humorale. Mais aujourd'hui qu'on admet avec raison une intoxication purulente de la masse générale du sang, intoxication dont les abcès articulaires ne sont eux-mêmes que des effets, il n'y a plus lieu de s'étonner de tous les phénomènes redoutables qui les accompagnent.

Au surplus, nous ne refusons pas d'admettre purement et simplement une arthrite non rhumatismale, inflammation franche et primitive des articulations, et, comme telle, susceptible de se terminer en suppuration. Dans cette affection, les phénomènes inflammatoires, une fois développés dans une ou deux articulations, ne s'en déplacent pas brusquement, mais y parcourent toutes leurs périodes. L'appareil fébrile a beaucoup plus d'intensité que dans le rhumatisme. Quand le rhumatisme n'a envahi qu'une ou deux articulations, il n'y a que peu ou point de fièvre : ici au contraire, n'y eût-il qu'une seule articulation prise, la réaction générale est très vive. Fixité de la douleur, et fièvre intense, voilà les signes caractéristiques de cette arthrite franchement inflammatoire et purulente. Mais nous n'admettons pas que le rhumatisme articulaire puisse, à lui seul, déterminer la production d'un abcès. Dans l'état actuel de la science il n'y a pas, que nous sachions, de fait authentique et probant qui démente et condamne notre manière de voir. M. Bouillaud, qui traite si cavalièrement cette opinion de M. Chomel (*Nouv. Rech.*, chap. III), n'a pourtant déterré de ses cahiers d'observations que deux cas, qui ne nous paraissent rien moins que convaincans.

La symptomatologie du premier cas n'est pas donnée : il n'y a que l'autopsie cadavérique, laquelle montre du pus dans les articulations, et de plus, une PHLÉBITE (remarquons bien cela). Or, que prouve une autopsie, sans une histoire détaillée de la maladie ? Rien, sinon possibilité de la lésion trouvée, ce qui n'est pas en question.

Dans le second cas, la mort survint par suite d'un érysipèle phlegmoneux, avec fièvre ardente et accidens cérébraux. A l'autopsie, *énormes foyers de pus* dans les tégumens, PHLÉBITE, et, dans la plupart des articulations, *synovie ayant l'aspect du pus*. Mais n'est-ce donc pas là un cas bien évident d'infection purulente ?

Nous nous croyons dispensés, après cela, de discuter les cas que M. Bouillaud cite d'après autrui, et qui, d'ailleurs, ne paraissent pas aussi décisifs qu'il le croit.

Donc, en définitive, nous professons que la terminaison la plus ordinaire, je dirai même, la terminaison à peu près constante du rhumatisme articulaire aigu est la résolution, qu'il y ait eu, ou non, épanchement de synovie : tandis que la mort est une suite presque inévitable de l'épanchement de pus dans les articulations.

§ X.—Pronostic.

Le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est facile à établir d'après l'histoire descriptive qui précède. Il est relatif 1° à la durée de la maladie, 2° à la terminaison, 3° aux rechutes. Sous le rapport de la durée, il faut présenter au patient le chiffre ordinaire, qui est de vingt à trente jours ; mais pendant ce temps, quelle série de sensations douloureuses ! Quant à la terminaison, elle est heureuse, en général, dans les premières attaques, hormis le cas de la phlegmasie métastatique des membranes séreuses, et consiste dans une résolution complète ; mais, après de fréquentes rechutes, le mal laisse ordinairement après lui de la dureté, de la raideur, et des concrétions tophacées dans les articulations. Ces rechutes, d'ailleurs, sont, comme nous l'avons vu, immanquables, ou peu s'en faut, à moins que, par un destin plus funeste encore, le sujet ne survive pas de long-temps à sa première attaque.

§ XI.—Diagnostic.

Le diagnostic ne présente ordinairement nulle

difficulté. Cependant il peut y avoir des cas douteux: ce sont ceux dans lesquels le mal reste opiniâtrément borné à quelques articulations. On peut alors avoir affaire à ces véritables inflammations articulaires dont nous avons parlé, inflammations qui ne dépendent point du tout d'un principe rhumatismal ou goutteux; mais, en pareil cas, comme nous l'avons déjà dit, on doit être éclairé par la fixité de la douleur dans les points primitivement atteints, et par la disproportion de la fièvre avec les symptômes locaux. Il y a encore moins de chances d'erreur, lorsque les articulations deviennent le siége d'abcès metastatiques; car, la plupart du temps, à raison d'une complète absence de douleur, l'idée même du rhumatisme ne se présentera pas à l'esprit. L'entorse peut quelquefois être prise pour un rhumatisme, quand le sujet n'a point pris garde au moment où il se l'est donnée, et qu'il ne s'aperçoit du mal que quelque temps après par la vivacité des souffrances consécutives; cet oubli de la circonstance commémorative par laquelle tout doute serait levé, se rencontre particulièrement chez les enfans, qui, tout entiers à leurs jeux ou à leur colère quand ils luttent entre eux ou qu'ils s'entrebattent, prennent peu de souci, sur l'heure même, de s'être forcé une articulation et d'en avoir outre mesure distendu les ligamens; la fixité du mal et la circonstance antécédente de jeux animés et de luttes actives pourront tout au plus faire conjecturer qu'il y a entorse et non pas rhumatisme; mais, d'ailleurs, y eût-il méprise, ce serait de peu de conséquence, car les moyens de traitement doivent être les mêmes dans l'un et l'autre cas; seulement, après l'entorse, une longue immobilité de l'articulation est nécessaire, sous peine de la dégénération du mal en tumeur blanche. Une contusion des parties profondes d'une articulation, sans meurtrissures superficielles, sans ecchymose à la peau, pourrait encore en imposer. Nous avons eu, à la clinique, un jeune homme qui, en se battant, avait laissé rudement choquer son épaule contre un bois de lit, et qu'on aurait bien cru affecté de rhumatisme scapulo-huméral, n'eût été la circonstance précitée. Même avec la pleine connaissance de toutes les circonstances commémoratives, il peut encore y avoir des cas incertains et douteux où l'on ne saurait décider si les douleurs articulaires sont plutôt de cause externe que de cause interne, et dépendent plutôt de telle ou telle violence accidentelle que de la diathèse rhumatismale. Mais, je le répète, la solution de ces doutes appartient plus à la théorie qu'à la pratique; le mal, indépendamment de son étiologie, n'en pourra pas moins être convenablement traité.

Il y a des cas au contraire, où il importe beaucoup au médecin de ne point se laisser tromper par les fausses apparences du rhumatisme ou de la goutte; qu'il prenne bien garde d'être pris pour dupe, lorsqu'il est appelé pour juger de la réalité ou de la simulation d'une attaque de goutte. Quelques individus, en effet, ne se font pas scrupule de simuler en mainte occasion une telle indisposition, surtout quand ils ont la réputation d'être goutteux; ils essaient par là d'échapper à certains devoirs, tels que ceux du jury, de la garde nationale, du témoignage en justice, etc. Dans ce but, ils se rubéfient la peau d'une ou plusieurs articulations par le moyen de sinapismes, ou autres topiques irritans. Mais le caractère même de la rougeur peut servir à démasquer la fraude. Avec la moutarde et autres substances rubéfiantes, on détermine une rougeur bien limitée, parfaitement correspondante à l'étendue du topique, et non pas cette rougeur arthritique qui n'a jamais de circonscription exacte, et qui va se mourant d'une façon diffuse et indéterminée. Puis, l'attitude des parties est aussi un excellent critérium pour le praticien exercé: que le poignet, par exemple, s'offre en état de flexion, lui qui doit toujours demeurer étendu en cas de rhumatisme véritable, et la ruse, par cela seul, sera trahie et découverte. Il est d'ailleurs impossible de décrire, mais non de connaître *de visu*, toutes ces nuances d'attitude qui seront autant de traits de lumière pour un œil expérimenté.

§ XII.—Anatomie pathologique.

Ce paragraphe n'est vraiment ici que pour mémoire: car, à parler rigoureusement, c'est un titre, et rien de plus. Il y a là une lacune réelle, une case vide dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Nous ne saurions, comme on l'a vu, consentir à dissimuler le dénuement de la science à cet égard, et accepter, aux dépens de la saine critique, des cas d'arthrite traumatique ou d'infection purulente comme lésions rhumatismales. Rien de plus facile, certes, que de créer à plaisir une riche anatomie pathologique du rhumatisme, en attribuant indistinctement à cette affection maintes altérations qu'on peut trouver dans les muscles ou dans les articulations. Mais, alors, où s'arrêter dans une telle confusion? Pour ma part, je ne vois pas alors pourquoi on n'irait pas jusqu'à mettre des tumeurs blanches, et même une maladie de Pott, sur le compte du rhumatisme, ainsi que Latour d'Orléans l'a fait (*Thèse Inaug.*, p. 101 et p. 113). Car, ces maladies peuvent, dans leur début, simuler un rhumatisme articulaire; elles peuvent aussi se présenter chez un sujet rhumatisant, et succéder même à un véritable rhumatisme. Quelles raisons plus fortes a-t-on à faire valoir pour établir la nature rhumatismale de certains cas dans lesquels

on a trouvé du pus ou des signes quelconques d'une inflammation franche et vraie à l'intérieur des articulations? Mais, d'abord, réfléchissons un peu combien de tels cas sont rares comparativement à la fréquence du rhumatisme articulaire. Surtout, songeons aussi combien de fois l'autopsie n'a démontré aucune lésion dans les articulations de personnes mortes pendant le cours d'un rhumatisme articulaire, ou avant que les traces d'une inflammation franche et vraie eussent pu disparaître, comme, par exemple, dans notre observation XVe. Et, encore un coup, nous conclurons que l'anatomie pathologique a été jusqu'à présent aussi vainement interrogée à l'égard du rhumatisme articulaire aigu qu'à l'égard du rhumatisme musculaire; et qu'à vrai dire, elle est nulle pour l'un et l'autre, dans l'état actuel de la science.

§ XIII. — Épidémies arthritiques.

Je me reprocherais de clore la description du rhumatisme articulaire aigu sans effleurer, au moins en quelques mots, le point que je prends ici pour sujet de ce treizième et dernier paragraphe. En effet, il est bon de savoir que, d'après le témoignage de plusieurs auteurs, le rhumatisme articulaire, maladie ordinairement sporadique, a quelquefois revêtu le caractère d'épidémie.

Et d'abord, je citerai, sans y attacher beaucoup d'importance, le récit curieux que l'on trouve dans Athénée, et que voici: « Pytherme, » à ce que dit Hégésandre, rapporte que de son » temps les mûriers ne donnèrent point de fruits » pendant vingt ans, et qu'une épidémie gout- » teuse (1) survint, qui attaqua non seulement » les hommes adultes, mais encore les jeunes » garçons, les jeunes filles, les eunuques et » les femmes: que, de plus, ce fléau sévit même » sur les troupeaux, et affligea les deux tiers » des moutons. » (*Deipnosophist.*, liv. II, art. *Mûres*). Certes, je suis loin de donner pour authentique un fait pareil, unique dans les fastes de la médecine, et que le compilateur grec ne tient que de seconde main. Toutefois, rien n'autorise non plus à le traiter de fable. Il ne convient pas de s'en appuyer, comme quelques médecins de la Renaissance, pour attribuer aux mûres une vertu prophylactique contre les maladies arthritiques, parce que l'épidémie coïncida avec la disette de ces fruits. Car, alors, pourquoi les moutons auraient-ils été atteints, eux à qui les mûres ne servent jamais d'aliment, et qui ne perdaient rien à ce qu'elles eussent manqué? Mais, après tout, il n'est point improbable que la même constitution atmosphérique, qui nuisit pendant vingt ans à la fructification du mûrier, ait été propre à engendrer dans le corps humain la diathèse arthritique ou rhumatismale. Notons donc le fait, sans crédulité comme sans dédain. Doit-on rien repousser de ce qui se rattache à la question des constitutions médicales, question si philosophique et si vraie quant au principe même, si obscure et si incertaine quant aux applications particulières? Elle est aujourd'hui encore fort négligée, je le sais, méprisée même par beaucoup de gens pour qui l'art tout entier consiste dans l'exercice du tact, de l'oreille, ou des yeux, sans y joindre celui de la raison. Mais les bons esprits se plairont toujours à la méditer, et à recueillir toutes les lumières qui la concernent.

C'est notamment dans les écrits de cette illustre école de Vienne, qui fleurit avec tant d'éclat durant la dernière moitié du dix-huitième siècle, que l'on trouve d'irrécusables témoignages du développement épidémique de la fièvre rhumatismale. Quelque parti que l'on prenne au sujet des théories de cette école, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle se distingua surtout par le zèle de l'observation. Si sa manière d'interpréter les faits ne doit pas être toujours adoptée, son exactitude à les constater ne saurait être révoquée en doute. Qui donc, pour se débarrasser de faits importuns et cadrant mal avec tel ou tel système, songerait à invoquer la mauvaise foi, la crédulité, l'amour du merveilleux, comme à l'égard de quelque auteur de l'antiquité, ou de quelque médecin de la Renaissance? Il faudrait n'avoir pas lu, n'avoir même jamais consulté ces œuvres des Van Swieten, des De Haën, des Storck, des Stoll, des De Mertens, œuvres où respirent avec tant d'évidence une telle candeur de récit, un tel goût de vérité, une telle droiture d'observation. Ces grands médecins ont erré quelquefois, sans doute: ils étaient hommes. Mais, certainement, il n'est pas permis de supposer qu'ils se soient trompés, pas plus que de les taxer d'imposture, sur des faits de nature à être constatés, sans erreur possible, par le plus mince écolier. Et c'est justement de faits semblables qu'il s'agit ici: à savoir, si une maladie n'a sévi que sur quelques individus çà et là, ou si elle a frappé tout à la fois une portion notable de la population. Stoll, entre autres, mentionne en plusieurs passages le règne épidémique de la fièvre rhumatismale: par exemple, en mars 1777, en août 1779, et surtout en décembre de la même année: « En ce » mois, » dit-il, « il y eut encore une très abon- » dante moisson d'arthrites et de rhumatismes; » et les maladies de ce genre ne se montrèrent » jamais à moi, ou à d'autres que je sache, ni » plus fréquentes et plus épidémiques, ni plus » cruelles, ni d'un caractère plus opiniâtre (2) ».

(1) Ἐπιδημιαν ποδαγρικὴν.

(2) Arthritidum et rheumatismorum uberrima

De Mertens, dans ses *Observationes Medicæ*, t. II, ch. V, fait un intéressant récit d'une fièvre arthritique, ou épidémie de rhumatisme articulaire aigu, qui régna à Vienne dans l'hiver de » 1782-83. « La fièvre arthritique, » dit-il « la » plupart du temps continue et rémittente, avec » exacerbation vers le soir, et avec douleurs » articulaires vagabondes, attaqua tant de per» sonnes cet hiver, qu'en cette occasion je la » puis nommer en quelque sorte maladie épi» démique, et non pas intercurrente. »

Je ne veux pas ici multiplier les citations. J'avouerai, au surplus, que toutes ces épidémies arthritiques ou rhumatismales dont les auteurs nous ont transmis la mémoire, ne me paraissent certainement pas avoir été de grandes épidémies, ni quant à leur mortalité, ni quant à la durée de leur règne, ni même peut-être quant au nombre des malades. La mortalité fut nulle ou à peu près : Storck, par exemple, ne compte que trois morts dans l'épidémie qu'il a décrite ; chez d'autres auteurs, il n'est pas même question d'une seule perte : et il n'y a rien là qui ne s'accorde parfaitement avec ce que nous savons du rhumatisme articulaire aigu, dans le cours duquel les malades ne succombent guère que s'il survient quelqu'une de ces graves mais rares complications dont nous nous sommes occupés plus haut. Un, ou quelques mois, voilà la durée de ces épidémies, hormis celle qui, à en croire Athénée, se serait maintenue pendant vingt ans. Quant à la proportion des malades comparativement à la population entière, ou simplement même par rapport aux malades autrement affectés, il y a là dessus absence complète de documens. Mais qu'importe tout cela ? L'affection vaguement désignée sous le nom de *Mal épidémique de Paris* (1), et que nous vîmes apparaître et régner dans cette capitale en 1828 et 1829, puis la grippe de 1831, cette avant-courrière du choléra-morbus, n'ont-elles pas été toutes des épidémies fort remarquables, bien qu'elles aient été à peu près dépourvues de léthalité ? Plus ou moins de durée n'ajoute ni n'ôte rien, non plus, au type épidémique d'une maladie : j'ai vu moi-même, soit en Champagne en 1832, soit dans le département de Vaucluse en 1835, le choléra ne sévir qu'un mois, une quinzaine, même une seule semaine, sur telle ou telle localité que je pourrais citer (car, j'en ai gardé note) : et là même, abstraction faite des vastes désolations d'alentour, il méritait bien le nom d'épidémie, tant le nombre des sujets frappés était relativement considérable, et tant ils offraient la visible empreinte d'un fléau commun ! Enfin, l'absence même de tableaux statistiques n'autorise pas à réduire à néant un événement proclamé par de graves et puissans témoignages : regrettons, si l'on veut, l'omission de détails qui, sans doute, auraient leur prix ; mais n'en acceptons pas moins comme authentique et indubitable le fait fondamental, c'est à savoir que, à telle époque et en tel lieu, une même maladie attaqua un grand nombre d'individus à la fois.

Toujours est-il, par conséquent, que ces épidémies rhumatismales, attestées par des médecins qui furent, en leur temps, les lumières de l'art, ne peuvent être proscrites et honnies comme des chimères, mais qu'elles doivent prendre rang dans la science, sinon, je le répète, à titre de grandes épidémies, du moins à titre de petites épidémies, autrement dit, de maladies catastatiques, ou constitutions médicales.

Au demeurant, ce qu'il faut surtout noter dans l'histoire de ces constitutions médicales, c'est que, très souvent, elles ne consistèrent pas seulement en ce que la maladie attaqua un plus grand nombre d'individus que de coutume, mais en ce qu'elle revêtit aussi, en général, une sorte de physionomie propre sous le point de vue symptomatologique, ou sous le point de vue thérapeutique. Ainsi, par exemple, d'après le récit de Stoll, l'épidémie arthritique du mois de décembre 1779 se fit remarquer par la mobilité du mal, par de soudaines et nombreuses métastases sur les nerfs et les viscères, et notamment par la fréquence relative des points de côté, et des symptômes d'asthme (Pleurésies et péricardites ?). « Il y avait, dit-il, » une étonnante variation dans les symptômes. » Certains malades étaient pris tout-à-coup » d'une douleur pleurétique ou d'une oppres» sion asthmatique. Paralysie du bras, ... dou» leurs d'entrailles, difficulté d'uriner, sciati» que, ... tels étaient les effets d'un rhuma» tisme violent et mobile, qui se jetait tantôt » sur un point, tantôt sur un autre. »

De Mertens, dans l'épidémie de 1782-83, signale l'inefficacité absolue de la saignée. « La » saignée et la méthode antiphlogistique, qu'il » y a indication, en d'autres temps, d'em» ployer contre ce genre de maladie, et qui, » d'ordinaire, amènent au moins quelque sou» lagement, ne purent pas même, cette année, » mitiger les douleurs. » (*Loc. citat.*) Les opiacés étaient nuisibles. Le camphre, les antimoniaux (kermès minéral, et soufre doré d'antimoine), l'extrait d'aconit, les décoctions de bardane et de salsepareille, les diverses préparations de quinquina, ne furent que peu ou

messis etiam hoc mense fuit ; ut id genus morbos, aut frequentiores et ἐπιδημικωτέρους aut sæviores, aut pertinacioris indolis, nec viderim ipse, nec fando acceperim. (*Rat. medend.* Ephem. 1779, dec.)

(1) *Erythema epidemicum* du professeur Alibert (*Monographie des Dermatoses*, t. Ier, pag. II.) — *Acrodynie* de M. Rayer. (*Traité théor. et prat. des Maladies de la peau*, t. II, p. 890.)

point utiles. De Mertens trouva enfin un remède avantageux: ce furent les bains sulfureux artificiels, préparés, en imitation des eaux thermales de Baden, avec une livre et demie d'un *foie de soufre*, qu'il composait en combinant, à l'aide d'un feu doux, une partie de soufre et deux parties de chaux vive. Ces bains procuraient tout d'abord un grand soulagement aux malades: et tel individu, qui pouvait à peine se bouger auparavant, se tint debout au sortir du cinquième bain. La plupart des malades furent bientôt rendus à la santé par le seul usage de ces bains.

Sous une autre constitution médicale, au mois de mars 1777, Stoll avait déjà observé l'insuccès de la saignée, et cela en opposition avec les bons résultats des émétiques. Laissons-le parler ici: car rien n'est persuasif comme le ton simple et naturel dont il raconte ses observations et ses heureuses inspirations. « Quoique le sang tiré des veines offrît une » couenne inflammatoire épaisse, cependant » la phlébotomie n'apporta que peu ou point » de soulagement aux malades; il en fut de » même de l'application des cantharides, que, » dans le rhumatisme inflammatoire des lom» bes, des membrés et du thorax, j'avais si » souvent admirées l'année précédente comme » un remède spécifique. Mais je me convain» quis plus tard que j'avais pris pour inflam» mation un rhumatisme qui ne l'était pas et » que je m'étais laissé tromper par la tempé» rature un peu froide de la saison, par l'état » couenneux du sang et par le caractère in» flammatoire des maladies jusque là régnan» tes.

» Ces rhumatismes étaient d'origine gastri» que, et dérivaient des impuretés de l'esto» mac, sans présenter, il est vrai, de nombreux » signes d'une saburre amère, mais pourtant » avec quelques signes de cette sorte. C'est par » hasard que je découvris le remède. Dans une » sciatique rebelle de ce genre, je prescrivis » le soufre doré à titre d'altérant. Le malade » vomit, contre mon intention; il rejeta une » grande quantité de bile, quoiqu'il n'eût of» fert que quelques signes, et des signes dou» teux, de cet état bilieux, quoique le sang » qu'on lui avait tiré auparavant fût couvert » d'une couenne très épaisse; bientôt après, il » fut notablement soulagé, et je le guéris en » le faisant dormir de nouveau.

» Dès lors, j'opérai plus efficacement et plus » promptement la cure de plusieurs individus » atteints d'une maladie semblable, un cas » fortuit m'ayant ainsi montré la route.

» Un instant je laissai là les vomitifs, et je » me servis de purgatifs répétés et variés. Mais » le traitement fut long et laborieux; sans hési» ter, je revins aux vomitifs. (*Rat. medend.*, » 1777, mart.) »

Je pourrais encore multiplier les citations à cet égard. Mais je ne veux pas épuiser le sujet, je ne voulais que l'indiquer à ceux d'entre les jeunes médecins qui ont une assez haute portée d'esprit pour en apprécier l'immense intérêt, et qui n'auront pas encore clos pour jamais leur intelligence, sous l'influence d'un mauvais enseignement, dans quelque système étroit et exclusif. Ceux-là, j'en suis sûr, iront puiser aux sources mêmes dont nous leur montrons le chemin.

Toutefois le peu que j'ai cité, suffit bien pour inspirer d'utiles et fécondes réflexions. Voilà des praticiens consommés, calmes et de sang-froid, qui rapportent simplement ce qu'ils ont observé, sans emphase et sans prétention, sans se poser en législateurs de la science, sans généraliser à la hâte les observations particulières à un pays et à une époque! Hé bien! ils remarquent qu'en tel temps la coïncidence de tel symptôme anomal avec le rhumatisme articulaire fut plus fréquente que de coutume; qu'en tel autre temps la saignée, qu'ils avaient, eux aussi, employée maintes fois avec grand succès, demeure inefficace, et qu'en son lieu et place les véritables moyens de guérison furent ici les émétiques, là les bains sulfureux. Que penser maintenant, d'autre part, de ces observateurs impatiens et fougueux, qui, d'après leur expérience individuelle de quelques années, bâclent une loi pathologique, promulguent une charte invariable de traitement, et sourient dédaigneusement au nom de constitution médicale? De quel côté se trouvent les insignes de la vérité? Appelons-en à ces paroles hyppocratiques, paroles sublimes, si connues et si méconnues tout à la fois, que tous ont à la bouche, et que peu ont dans le fond de l'esprit. « L'art est long, » la vie courte, l'expérience trompeuse, et le » jugement difficile. » La philosophie médicale est là tout entière. Et, qu'est-ce donc qu'un observateur isolé, qui renie le passé de la science, qui ne se fie qu'à soi, et rejette tout ce qui vient d'autrui?

SECTION III.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

On a préconisé beaucoup de remèdes contre le rhumatisme articulaire. En résulte-t-il que tous ces remèdes soient véritablement efficaces, et que le praticien n'ait que l'embarras du choix? Hélas! non. Sur tant de moyens tour à tour vantés et prônés, il n'y en a pas un seul sur lequel on puisse sûrement compter. Avouons-le avec douleur, l'art n'a pas le pouvoir certain d'arrêter ni même d'abréger le cours du rhumatisme articulaire.

On comprend pourquoi tant de remèdes ont

successivement obtenu une vogue momentanée: c'est que dans les artrhites partielles, ou dans une arthrite générale qui doit se terminer d'elle-même au vingtième jour, les remèdes les plus inertes, les plus insignifians, ont pu paraître efficaces, même aux yeux de médecins de bonne foi, et, à plus forte raison, aux yeux des gens du monde. Qu'en pareil cas un personnage influent s'imagine devoir sa guérison à tel remède; qu'un praticien à grande clientelle et à voix puissante exalte tel moyen nouveau, ou renouvelé: alors la tourbe moutonnière suivra machinalement l'impulsion donnée, jusqu'à ce que de nombreux insuccès prouvent à satiété l'inefficacité du remède prôné.

Nous indiquerons ici les médications diverses qui ont été le plus généralement employées, et nous nous arrêterons de préférence sur celles qui nous paraissent les plus rationnelles, les plus propres à modérer et peut-être à abréger la maladie.

§ Ier. — Saignées générales.

Le rhumatisme articulaire aigu ayant une forme inflammatoire, on a dû rationnellement lui opposer la méthode antiphlogistique, et, par conséquent, la phlébotomie, qui est, pour ainsi dire, l'âme de cette méthode. Quelquefois la nature, comme pour indiquer et justifier l'emploi des évacuations sanguines, a opéré d'elle-même la guérison par le moyen d'une hémorragie. Tel fut le cas, rapporté par Baillou, d'un comte angevin, dont le rhumatisme se prolongea jusqu'à la fin du sixième septénaire: dix saignées n'avaient nullement allégé la maladie; il survint une épistaxis tellement abondante qu'elle menaça presque de devenir mortelle: hé! bien, la convalescence suivit de près (Ballonius, *de Rheumatism*). De telles observations ont sans doute conduit les médecins à multiplier les saignées. Et cependant les saignées répétées ne paraissent point, dans la grande majorité des cas, interrompre la marche du mal, et ont toujours l'inconvénient de laisser après elles une faiblesse extrême. Sydenham s'en était bien convaincu par expérience, lui qui, dans les premières années de sa pratique, avait été partisan d'un emploi assez large de la saignée, et qui, plus tard, quoi qu'en ait dit M. Bouillaud (*Nouv. Rech.*, p. 127), y renonça dans certains cas, et en usa même dans tous les autres cas avec plus de modération. Voici, en effet, quelle fut sa première manière. « Dès que je suis appelé, je » prescris sur-le-champ une saignée du bras... » de dix onces... Le lendemain, je fais tirer » une égale quantité de sang: un ou deux jours » après, selon les forces du malade, troisième » saignée; enfin, après un intervalle de trois » ou quatre jours, selon les indications fournies par les forces du malade, par son âge, » par sa constitution et par d'autres circonstances, j'ordonne une quatrième saignée, » qui, le plus ordinairement, est la dernière; » car il est rare que nous ouvrions la veine » plus de quatre fois. » (Sydenh. *de Morb. acut.* sect. VI, c. 5. *Rheumatismus.*) Les moyens auxiliaires étaient les juleps, les émulsions, les cataplasmes, la diète, les tisanes et les lavemens: huit jours après la dernière saignée, potion cathartique douce. Quelques années après, le même auteur, dans sa lettre à Robert Bradé, reconnaît que les saignées répétées non seulement abattent dans le moment les forces du malade, mais encore, pour peu qu'il soit d'une constitution débile, le rendent plus apte à d'autres maladies pendant quelques années (1). Puis, il dit qu'il y a substitué avec succès l'usage du petit lait, et notamment chez un pharmacien, dont, depuis dix ans, il avait traité les attaques à l'aide de la phlébotomie souvent réitérée, non sans les inconvéniens ci-dessus signalés. Il ne tombe pas, il est vrai, d'un excès dans un autre, et ne va pas jusqu'à proscrire absolument la saignée: il la conseille même, formellement, chez les individus qui sont dans la force de l'âge, ou qui sont depuis long-temps adonnés au vin et autres liqueurs spiritueuses. « Dans ce cas, » dit-il, « il est bon » que le malade soit traité A PEU PRÈS selon la » méthode que j'ai donnée dans le chap. V » de la sect. VI de notre livre *sur les maladies* » *aiguës*: mais pourtant, depuis ce livre, l'expérience m'a appris qu'après la seconde ou » tout au plus la troisième saignée, il valait » mieux administrer et répéter souvent les » cathartiques jusqu'à la complète cessation » des symptômes, que de laisser tout à faire à la » phlébotomie. En effet, la purgation venant » en aide à la phlébotomie pour déraciner la » maladie, il sera possible de guérir sans une » perte considérable de sang » (2). Deux saignées de dix onces (remarquez-le bien), au lieu de quatre, purger davantage et saigner moins: n'est-ce pas là une méthode nouvelle, bien différente de la première? Et je m'étonne, vrai-

(1) Non tantùm ægri vires pro tempore franguntur: sed, si paulò fuerit naturâ debilior, aliis etiam morbis ad annos aliquot obnoxior ferè redditur.

(2) In hoc igitur casu omninò par est, ut eo ferè modo, quem libri nostri *de Morb. acut.* sect. VI, cap. V, tradidi, curetur æger: tametsi ex quo eum scripsi, experientiâ didicerim sàtius esse post secundam, vel ad plurimum post tertiam venæ sectionem cathartica sæpè sæpius exhibere atque repetere, donec symptomata omnia penitus cessaverint, quàm phlebotomiæ rem totam committere. Etenim ob catharsin suppetias ad averruncandum morbum phlebotomiæ ferentem, citrà ingentem istam sanguinis jacturam subsistere fas erit.

ment, que M. Bouillaud voie là, comme nous le voyons nous-mêmes, un *amendement* (c'est-à-dire une amélioration), et non pas une *palinodie* ou *apostasie thérapeutique*. Il est, en vérité, fort indulgent pour Sydenham. Que dirait-il de nous, si, en règle générale, nous bornions à vingt onces la quantité de sang à tirer dans le rhumatisme articulaire aigu?

Stoll, qui avait quelquefois suivi la première méthode de Sydenham, a aussi remarqué que souvent la longue durée du mal n'en fut point abrégée. « Nous brisâmes, dit-il, les forces des » malades plus vite que la maladie. Les ma- » lades demeurèrent immobiles pendant plu- » sieurs semaines. » (*Rat. medend.* art. 1776, mens. mai.)

Mais toujours est-il que la saignée, et la saignée largement et même abusivement répétée, n'est pas une médication de date récente contre le rhumatisme articulaire aigu. Depuis Sydenham, et malgré ce qu'on peut à juste titre appeler sa rétractation, bon nombre de médecins n'ont pas moins continué à tirer du sang en abondance. Pour prouver notre assertion, donnons ici quelques citations, choisies entre cent autres que nous pourrions faire.

Sarcone fit un emploi assez général de la saignée, avec succès, à ce qu'il paraît, dans la fièvre rhumatismale qui régna à Naples en 1764. « La saignée, dit-il, pratiquée hardiment et » peu après l'invasion dans le fort de la fièvre, » et répétée avec prudence dans le second et » dans le troisième redoublement, était le pre- » mier et le plus sûr des remèdes nécessaires. » Quelques médecins, qui, peut-être par sys- » tème, ou qui, séduits par la seconde méthode » de Sydenham, s'abstinrent d'ordonner la sai- » gnée, et voulurent se borner à la simple » prescription du petit-lait et de l'eau, virent, » il est vrai, guérir leurs malades, mais durent » s'apercevoir qu'ils n'eurent que tard le plai- » sir de les voir en convalescence » (1).

Tissot dit dans l'*Avis au peuple* (Rhumatisme, §. 169.): « Si le mal ne diminue pas considéra- » blement après la première saignée, il faut » la réitérer au bout de quatre heures. J'en ai » fait faire quatre dans les deux premiers jours, » et, quelques jours après, une cinquième. »

D'après le témoignage de Sauvages, la phlébotomie n'aurait pas non plus été épargnée à l'école de Montpellier dans le dernier siècle. Car, à propos du traitement de Lobb, médecin anglais, qui guérissait sans émissions sanguines, et après le récit d'une heureuse cure ainsi obtenue en huit jours, l'illustre nosologiste dit: « A Montpellier la phlébotomie aurait été répé- » tée dans les premiers jours environ TROIS FOIS » PAR JOUR. » Et plus bas il ne peut s'empêcher de laisser échapper une conclusion en l'honneur de la puissance médicatrice de la nature, qui, malgré le médecin, guérit toutefois le malade. « *Hinc concludo*, « s'écrie-t-il, » *natu-* » *ram esse optimam morborum medicatricem, cùm* » *invitis quæ à medico objiciuntur impedimentis,* » *ægrum tamen à morbo liberat.* » (*Nosol. method.* class. VII, gen. III. *Rheumatism.*)

Enfin, pour montrer même que la triste priorité de l'abus des saignées jusqu'à la déraison n'appartient à aucun de nos contemporains, nous citerons un mémoire anonyme, que Bruhier a annexé, avec des éloges pour l'auteur, à sa traduction du Traité d'Hoffmann *sur le Rhumatisme et la Goutte*. Cet auteur, qui était, à ce qu'il paraît, un certain docteur Uffroy (V. le *Recueil périodique de la Soc. de Méd. de Paris*, t. XIV, p. 385), proposait comme méthode invariable de traitement, sans égard à l'âge ou aux forces des malades, ni à la période ou à l'intensité de la maladie, de tirer vingt livres de sang, par deux livres à la fois, en l'espace de trente-six heures; et il apportait, lui aussi, des observations à l'appui, je ne dirai pas de cette médication, mais de cette effroyable boucherie. Hélas! il est donc trop vrai qu'on peut en quelque sorte appliquer aux médecins ce que Cicéron a dit des philosophes; c'est à savoir qu'il n'y a pas d'absurdité imaginable qui ne trouve parmi eux quelque enthousiaste partisan.

Maintenant, concluons. La saignée n'étant pas, on le voit, un moyen nouveau dans le rhumatisme articulaire aigu, mais, au contraire, ayant été ainsi depuis des siècles employée à des degrés divers contre cette maladie, si elle en était le véritable spécifique, si, comme le veut M. Bouillaud, elle était là ce que le quinquina est à la fièvre intermittente, son pouvoir ne serait-il pas aujourd'hui reconnu comme celui de l'écorce du Pérou? Le quinquina, dans son début, a eu, sans doute, autant et plus de contradicteurs que de prôneurs: mais, après quelques années de controverses, l'évidence de ses effets a enfin conquis tous les esprits. S'il n'en est pas de même de la saignée, c'est qu'elle ne s'est pas montrée, tant s'en faut, aussi visiblement et aussi constamment efficace, et que, aux yeux même de quelques observateurs, ses inconvéniens certains ont paru l'emporter sur ses incertains avantages. En effet, malgré ce luxe des évacuations sanguines, la maladie n'est point arrêtée court, n'est point coupée ou *jugulée*, dans la grande majorité, disons mieux, dans la pres-

(1) La cavata di sangue arditamente, e presto praticata nell' altezza della prima febbre, e replicata con prudenza nella seconda, e terza accessione, era il primo ed il più sicuro di rimedj necessarj. Alcuni, che forse per sistema, o che tratti dal secondo metodo sidenamico, si tennero lontani dal prescrivere la cavata di sangue, e vollero attenersi alla semplice ordinazione del siero e dell' acqua, videro, è vero, curati à loro infermi, ma dovettero ancora avvedersi che tardi ebbero la consolazione di vederli risorti. (SARCONE, *Istoria*, t. 1, pag. 109.)

que universalité des cas. Et il arrive même que le malade, à qui on a ôté outre mesure le sang, véritable foyer de la vitalité, ne redevient capable de reprendre les travaux et les devoirs de la vie sociale qu'après une convalescence énormement longue. (Voyez, par exemple, la XIIIe observation.) Qui sait, d'ailleurs, si cet affaiblissement extrême ne prédispose pas aux récidives?

Aussi, loin d'être unanimement recommandée, la saignée a même été tout-à-fait proscrite par quelques médecins, et, entre autres, par Giannini. « *Il primo ed il più utile*, dit celui-ci, « *sarà la proscrizione del salasso.* » (*Sulla natur. delle febbri*, cap. 8.)

Quant à nous, nous ne sommes pas non plus de ce dernier avis. Nous nous garderons de l'un et de l'autre excès. Nous ne prodiguons pas les saignées, mais nous ne nous les interdisons pas. Ainsi que la plupart des praticiens de notre siècle, nous avons abdiqué la chimérique prétention de faire avorter la maladie par la fréquente répétition de la phlébotomie, et nous nous contentons, en général, d'ouvrir une ou deux fois la veine dans le seul but de modérer la fièvre, ce que nous paraissons, en effet, obtenir.

§ II.—Saignées locales.

Pringle, ayant remarqué que les applications de sangsues diminuent et abrègent presque constamment le mal à chaque articulation où elles sont faites, avait d'abord conseillé d'appliquer ces vers à foison sur les articulations rhumatisées. Puis, comme il avait ensuite remarqué que les douleurs, expulsées d'un point, reparaissent bientôt ailleurs, il ne conseilla plus que d'employer un petit nombre de sangsues chaque fois, non pour enlever sur-le-champ l'affection là où elle sera fixée, mais pour tempérer les douleurs. Ainsi, il faisait poser ordinairement quatre ou cinq sangsues sur les articulations malades, en laissant couler le sang jusqu'à ce que les piqûres cessassent d'elles-mêmes d'en fournir, et il les employait souvent de cette façon pendant trois à quatre jours de suite : puis, il n'en prescrivait l'application qu'à des intervalles progressivement plus longs et en plus petit nombre. (Pringle, *Observ. sur les Maladies des Armées*, § du Rhumatisme.)

De nos jours, M. Broussais a professé, conformément aux principes généraux de sa doctrine, que l'affection rhumatismale des articulations n'est primitivement qu'une affection toute locale, qui ne se reproduit consécutivement sur d'autres points que par sympathie. Il a donc dû, comme il l'a fait, poser comme conclusion pratique de cette théorie qu'il fallait à force de sangsues faire avorter le mal dans la première articulation qui se trouvait prise. Pour me servir des termes scolastiques, la conséquence était légitime, mais non pas peut-être le conséquent : car les prémisses du raisonnement étaient plus que suspectes. Il n'est point du tout admissible que le rhumatisme articulaire soit une affection purement locale, et nous croyons qu'il appartient à la cathégorie de ces inflammations disséminées, qui ne sont que les manifestations d'une cause occulte et spécifique. Nous traiterons plus tard cette question sous un pur et simple point de vue de philosophie médicale. Qu'il nous suffise ici d'apprécier la valeur de la thérapeutique broussaisienne du rhumatisme articulaire aigu général d'après l'expérience clinique, tribunal souverain et sans appel en fait de thérapeutique. Hé bien ! il nous est, sans aucun doute, arrivé, comme à M. Broussais, d'enlever par des applications de sangsues maint rhumatisme partiel apyrétique. Aussi ne contestons-nous point en ce cas l'immense avantage qu'il y a d'avoir recours à ces annélides. Mais ne dites pas, vous, de votre côté, que vous avez empêché la répétition sympathique du mal : car cela n'est pas. C'est une remarque qui n'avait point été faite par M. Broussais, et qui l'a été par M. Chomel, d'après de nombreuses observations, que, lorsqu'il y a fièvre, la cessation de la douleur locale n'annonce point une guérison définitive comme dans le rhumatisme partiel apyrétique, mais qu'infailliblement le mal, après un court laps de temps, se manifeste à d'autres articulations.

Mais, dira-t-on, si la saignée locale abrège la durée du mal dans chaque articulation, appliquons successivement des sangsues, sans cesse et sans relâche, à toutes les articulations qui se prendront les unes après les autres, et par là nous aurons abrégé la durée totale de l'affection arthritique. Cette conclusion est fort mauvaise ; s'il y a dans l'économie une cause qui ait besoin de s'épuiser par la production des phénomèmes arthritiques, que gagnez-vous à la chasser d'articulation en articulation, à en éparpiller, pour ainsi dire, l'action plus que ne l'eût fait la nature abandonnée à elle-même ? Si, dans le cours de la fièvre rhumatismale, une même articulation n'était prise qu'une seule fois, nous comprendrions qu'on prétendît avoir à s'applaudir d'une moindre durée de chaque arthrite partielle. Mais il n'en est pas ainsi. La même articulation peut être rhumatisée à deux, trois, ou quatre reprises différentes, et même plus, tant que dure la pyrexie. Donc on n'est pas en droit de penser que l'abréviation partielle de chaque arthrite abrège la durée totale de l'affection. Cette idée n'est qu'un peut-être ; sera-ce donc sur un peut-être, que vous exposerez votre malade aux inconvéniens certains de la fai-

blesse qui ne succédera pas moins à des applications répétées de sangsues qu'à des phlébotomies réitérées ?

Ainsi donc, nous approuvons fort les saignées locales dans le rhumatisme articulaire partiel. Mais, dans le rhumatisme articulaire aigu général, nous ne les jugeons guère convenables et opportunes qu'autant que les douleurs seront excessives à telle ou telle articulation, et y resteront opiniâtrément fixées pendant quelques jours. Nous y recourons comme à un moyen accessoire, mais nous n'en faisons pas la base principale du traitement.

C'est chose bien claire, et presque superflue à remarquer, que ce que nous avons dit des saignées locales opérées par les sangsues, concerne également l'emploi des ventouses scarifiées.

§ III. — Médication, dite *jugulante,* par la combinaison des saignées générales et des saignées locales.

D'après les deux paragraphes qui précèdent, on pourrait se faire *à priori* une idée exacte de la valeur de cette combinaison des saignées générales avec les saignées locales. Nous n'y verrions, ainsi, rien que de louable et de rationnel, tant qu'en employant les unes dans le but de modérer tout l'ensemble de la maladie, et les autres dans celui de diminuer les douleurs par trop intenses de telle ou telle articulation, on ne porterait pourtant pas la perte de sang à une dose excessive et imprudente. Mais ce dernier inconvénient, nous dirons même ce danger, ne serait-il pas imminent, si l'on conçoit la prétention et qu'on risque la tentative de *juguler* la maladie à force d'évacuations sanguines par l'une et l'autre voie ? Puisque nous avons reconnu que ni les saignées générales ni les saignées locales ne peuvent, dans la très grande majorité des cas, couper la fièvre rhumatismale comme le quinquina coupe la fièvre intermittente, il y aurait vraiment quelque chose d'inconcevable à ce que l'emploi alternatif des unes et des autres jouît d'une telle spécificité. Ce ne serait pas là seulement un fait empirique comparable à l'acquisition d'un médicament nouveau, dont la vertu, si occulte et si merveilleuse qu'elle fût, serait, après tout, admissible; ce serait un fait illogique, irrationnel, contradictoire aux notions déjà consacrées dans l'art par l'expérience elle-même, bref, un fait tel que la nature, toujours fidèle à ses lois, n'en présente jamais.

Qu'un médecin, un charlatan même, vienne avec une drogue jusqu'alors inconnue, et dise : Voilà le spécifique du rhumatisme et de la goutte ! On peut, sans doute, se méfier de son assertion ; il y a plus, on le doit ; tant d'illusions ou de mensonges en ce genre ont jusqu'à présent levé des tributs sur les malades ! Toutefois, on ne saurait nier absolument la vertu du prétendu spécifique, jusqu'à tant que l'expérience ait prononcé ; car, il n'est pas impossible qu'un tel remède soit un jour découvert, « *Ejus modi remedium quandoque inventum iri,* » comme dit Sydenham. (*Tract. de Podagr. in fine.*)

Mais que l'on prétende établir une médication spécifique, jugulante et infaillible, avec des moyens depuis long-temps connus et éprouvés, avec des moyens qui sont avantageux, sans doute, dans une certaine mesure, mais qui n'ont, ni l'un ni l'autre, une efficacité constante et immanquable, qui abattent souvent le malade plutôt que la maladie, et qui, poussés à l'excès, sont encore plus capables de *juguler* celui-là que celle-ci ; c'est là, ce nous semble, une prétention singulière et bizarre, que les hommes instruits et expérimentés sont en droit de rejeter comme chose déjà jugée, et, pour ainsi dire, par fin de non-recevoir, même avant l'examen des faits sur lesquels elle est soi-disant appuyée.

Nous ne nous attacherions donc pas à réfuter longuement et dans toutes les règles cette hérésie médicale, si elle n'avait actuellement acquis une certaine importance. Mais, produite aujourd'hui, du haut de la chaire professorale, avec les prestiges d'une parole savante et passionnée, elle menace d'égarer beaucoup de jeunes esprits ; car l'enthousiasme du maître est contagieux. Dans le noviciat clinique, tant de disciples poussent à l'excès la maxime de Bacon : « *Oportet discentem credere!* » C'est donc pour nous un devoir que de mettre la vérité dans tout son jour sur le point qui nous occupe, ne dussions-nous épargner qu'à un petit nombre des élèves de M. Bouillaud les désappointemens cruels et les tardives désillusions de l'expérience personnelle. Ainsi, nous allons démontrer *à posteriori* ce que nous avons déjà avancé tout-à-l'heure *à priori.* Par l'examen même des faits que le professeur de la Charité apporte à l'appui de ses conclusions, nous verrons que l'emploi des saignées générales et locales coup sur coup, qu'il appelle assez improprement sa *formule,* et que nous appellerions, nous, dans un langage régulier, sa méthode, non seulement ne *jugule* pas le rhumatisme articulaire aigu, mais même n'en abrège pas la durée moyenne, indépendamment des inconvéniens plus ou moins graves qu'une si grande perte de sang doit entraîner.

M. Bouillaud dit (*Nouv. rech.,* p. 133) : « Les » succès qu'on retire de cette nouvelle formule » des émissions sanguines, sont tels qu'on n'y » peut réellement ajouter foi qu'après les avoir » vus. » Hé ! bien, non, nous ne nous méfions pas de la sincérité des faits que M. Bouillaud

rapporte : nous n'avons pas besoin de les voir, nous les acceptons sur parole. Que veut-on de plus ? Faudra-t-il maintenant abdiquer notre raison où toute notre expérience passée, pour admettre des affirmations générales, que les faits particuliers dont on les accompagne, ne justifieraient pas, ou même démentiraient ?

Et d'abord, ce n'est pas sérieusement qu'on pourrait prétendre qu'en aucun de ces cas la maladie ait été *jugulée*. *Juguler* une maladie, c'est, si je ne me trompe, la guérir sur-le-champ, l'arrêter court, la couper brusquement. Qu'on applique cette expression aux cas dans lesquels le quinquina dompte une fièvre pernicieuse, à ceux dans lesquels une prompte saignée enlève des symptômes apoplectiques ; rien de mieux. Mais ce serait une étiquette bien menteuse pour les cas de rhumatisme articulaire aigu fébrile, traités par la *formule* de M. Bouillaud : relevons-les, en effet, un à un, dans les *Nouvelles recherches*, sous le point de vue de la durée écoulée depuis l'entrée du malade à l'hôpital, ou le commencement du traitement, jusqu'à la guérison, en tenant compte aussi de la date de la maladie avant l'entrée ; car cette dernière considération est très importante, quoi que M. Bouillaud en dise.

RELEVÉ des cas rapportés par M. Bouillaud dans les Nouvelles Recherches.

		Date de la guérison depuis l'entrée.	Date de la maladie lors de l'entrée.	Durée totale.
Cas de la	p. 33,	25e jour.	6e jour.	31 jours
	p. 35,	16e j.	5e j.	21 j.
	p. 38.	6e j.	7e j.	13 j.
	p. 39,	5e j.	*non indiqué* (1)	»
	p. 40,	6e j.	6e j.	12 j.
	p. 42,	40e j.	20e j.	60 j. (2).
	p. 44,	*non indiq.* (3)	8e j.	»

		Date de la guérison depuis l'entrée.	Date de la maladie lors de l'entrée.	Durée totale.
Cas des p. 145 et 146.	1o	16e j.	*non indiqué.*	»
	2o	10e j.	*idem.*	»
	3o	15e j.	*idem.*	»
	4o	16e j.	*idem.*	»
	5o	20e j.	*idem.*	»
	6o	25e j.	*idem.*	»
	7o	30e j. *au moins* (4)	*idem.*	»
	8o	16e j.	*idem.*	»
	9o	du 8e au 10e j. (5)	*idem.*	»
	10	16e j.	*idem.*	»

		Date de la guérison depuis l'entrée.	Date de la maladie lors de l'entrée.	Durée totale.
Cas de la p. 147.	1o	17e j.	8e j.	25 j.
	2o	14e j.	5e j.	19 j.
	3o	32e j.	15e j.	47 j.
	4o	25e j.	15e j.	40 j.
	5o	14e j.	8e j.	22 j.
	6o	26e j.	3e j.	29 j.
	7o	22e j.	15e j.	37 j.
	8o	22e j.	8e j.	30 j.
	9o	21e j.	15e j.	36 j.
	10o	15e j.	7e j.	22 j.
	11o	13e j.	6e j.	19 j.
	12o	17e j.	5e j.	22 j.
	13o	19e j.	7e j.	26 j.
	14o	14e j.	3e j.	17 j.
	15o	19e j.	3e j.	22 j.
	16o	20e j.	5e j.	25 j.

Ainsi, sur ces trente-trois cas de rhumatisme articulaire aigu que M. Bouillaud a traités, nous n'en voyons pas un qui ait été *jugulé*, à moins qu'on ne s'avise de considérer ainsi les deux cas où la guérison a eu lieu, il est vrai, le sixième jour depuis l'entrée : mais enfin, à dater de l'invasion, la guérison, dans un de ces cas, eut lieu le douzième jour, et, dans l'autre, le trei-

(1) Ce fait doit être récusé et n'a aucune valeur dans la question qui nous occupe, à raison de ce défaut d'indication ; car rien n'empêche de supposer que la maladie ne fût alors très avancée, et, par conséquent, très voisine de son terme naturel.

(2) Relativement à ce cas, M. Bouillaud dit que, vu l'ancienneté de la maladie et l'épuisement de la malade, il s'abstint cette fois de la formule des saignées coup sur coup. Malgré quelques émissions sanguines précédemment pratiquées en ville, il fit cependant pratiquer encore deux saignées générales, de quatre palettes l'une, et de trois palettes l'autre, et une saignée locale de quatre à cinq palettes (ce qui est encore bien énergique chez un sujet *épuisé*). Ne semblerait-il pas qu'il ait d'abord essayé là sa *formule*, et qu'il n'y ait renoncé qu'en désespoir de cause ? Quoi qu'il en soit, y avait-il là de quoi conclure, comme d'un ton de triomphe ? « Les saignées n'ont point été pratiquées suivant notre » methode, et la maladie a eu la durée assignée par les auteurs, » savoir : de 40 à 60 jours. » Et pourquoi n'avez-vous pas saigné suivant votre méthode ? Pourquoi avez-vous l'air de jeter cet insuccès sur le compte de la *méthode ordinaire* ? Et, encore une fois, où avez-vous vu que la durée naturelle du rhumatisme articulaire aigu fût de 40 à 60 jours chez la plupart des sujets ? Vous avez vu chez les *bons* auteurs, ce que la nature elle-même vous a montré dans le cas en question, c'est que malgré la saignée, votre prétendu spécifique, le rhumatisme articulaire aigu peut se prolonger jusqu'au 60e jour.

(3) Pourquoi ici M. Bouillaud ne nous donne-t-il qu'une indication vague ? La malade entra dans les premiers jours du mois d'août 1835, et sortit le 13 septembre. Quand cessa-t-elle de souffrir des douleurs articulaires ? Silence complet là-dessus. Voici le motif de ce silence : c'est qu'on saigna suivant la *méthode ordinaire*, et que la maladie traîna en longueur. On voit que M. Bouillaud ne compromet pas sa *formule* ; il ne l'emploie pas dans les cas où il prévoit que la durée sera longue. Je m'étonne qu'avec cela ses statistiques ne soient pas plus merveilleuses.

(4) Nous disons *au moins* ; car M. Bouillaud partage la maladie en deux actes, sans indiquer la durée de l'entr'acte, comme il suit : « Guéri le quatorzième jour. — Rechute grave, à la suite d'un » refroidissement. — Guéri de nouveau, seize jours après la rechu- » te. » Mais, pour notre part, nous n'avons jamais songé à diviser ainsi un rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours duquel les douleurs se suspendent quelques jours pour reparaître ensuite comme auparavant : fait que M. Chomel a, le premier, signalé. Voilà encore un moyen ingénieux d'avoir de rapides guérisons dans ses statistiques ! Mais nous ne pensons pas qu'il soit approuvé de la majorité des praticiens. Pourrait-on se vanter d'avoir guéri une fièvre intermittente, d'en avoir détruit le principe dans l'économie, parce qu'un ou deux accès seulement auraient manqué ?

(5) Singulière indication pour un cas particulier !

zième jour, c'est-à-dire, dans l'un et l'autre cas, vers la fin du second septénaire. On ne doit tenir aucun compte du cas qui guérit après cinq jours de traitement, mais dont la durée antérieure n'est pas indiquée. Dans les trente cas restans, la guérison n'a jamais eu lieu avant le dixième jour depuis l'entrée ; elle a souvent dépassé le vingtième, et s'est fait attendre une fois jusqu'au trente-deuxième. Ce ne sont pas là, à coup sûr, des miracles de thérapeutique ; et tout le monde avouera sans peine qu'après la formule de M. Bouillaud la méthode *jugulante* est encore à trouver.

Il y a plus : en réalité, les résultats que M. Bouillaud a obtenus par l'emploi des saignées générales et locales coup sur coup, et que nous acceptons, encore une fois, comme si nous en avions été témoins, ne déposent nullement en faveur de cette *immense supériorité* que dans son imagination, et par une gratuite affirmation de sa page 134, il prête à sa méthode sur *celles jusqu'ici usitées.*

C'est d'abord une illusion singulière que de faire consister cette supériorité en ce que la mortalité a été nulle jusqu'ici, et en ce qu'on prévient, dit-on, le passage de la maladie à l'état chronique. Qu'y a-t-il de si surprenant qu'il en ait été ainsi, depuis le peu de temps que la nouvelle *formule* est employée ? La terminaison ordinaire du rhumatisme articulaire aigu général est, comme nous l'avons dit dans un paragraphe *ad hoc,* la résolution : le passage à l'état chronique, et surtout la mort, sont des cas rares, dans toute la rigueur du mot. Qu'on interroge des praticiens vieillis dans un long exercice de l'art ; peu répondront avoir vu la fièvre rhumatismale devenir mortelle, même avec la complication d'une péricardite. Cette maladie, la plus douloureuse peut-être de toutes, a toujours passé pour n'être pas dangereuse : ce n'est pas nous qui avançons cela à plaisir aujourd'hui, afin de réfuter M. Bouillaud. C'était chose reconnue de temps immémorial. Pinel, par exemple, conseillant de ne recourir à la saignée que dans le cas de fièvre intense et de pléthore très grande, disait : « On doit bien se garder de chercher à étouffer » la douleur, et il convient d'abandonner la » maladie à elle-même comme on le fait pour » toutes les phlegmasies aiguës, QUI NE SONT » PAS DANGEREUSES. » (*Nosog. phil.* Rhum. fibr., § III). Ai-je besoin, après cela, d'ajouter que pendant mon intérimat du service clinique de l'Hôtel-Dieu, voulant recueillir des matériaux pour la rédaction de ces leçons, je priai mes confrères et amis du bureau central des hôpitaux de m'envoyer de préférence les cas de rhumatisme, et que, contre ma secrète espérance, je n'eus pas une seule fois un examen nécroscopique à faire ? Et cependant je ne versai pas le sang à flots et coup sur coup : car à l'hôpital comme en ville, je voulus et voudrai toujours me rendre le témoignage que se rendait Sydenham : « *Ego mihi gratulor quod omnes ægros* » prudenter *tractaverim, sicut memet tractari vo-* » *luissem.* »

Quant à la durée du rhumatisme sous l'influence de la nouvelle *formule,* M. Bouillaud a émis une assertion bien étrange, fausse en tout point, et, ce qui vraiment est inconcevable, en flagrante contradiction avec les données statistiques que ses propres observations lui ont fournies, et qu'il publie, il faut l'avouer, avec une bonne foi très méritoire. Voici cette assertion :

« Par l'emploi de la nouvelle formule, la » durée du rhumatisme est, TERME MOYEN, d'UN à » DEUX septénaires seulement, au lieu de SIX à » HUIT. »

Premièrement, si M. Bouillaud était plus familier avec le langage mathématique auquel il aime tant à faire des emprunts, il n'aurait pas, ce me semble, fait varier du simple au double le terme moyen. Car une durée moyenne, à parler rigoureusement, est une quantité fixe qu'on obtient en totalisant les durées variables d'un certain nombre de cas de même nature, et en divisant le total par le nombre même de ces cas. Terme-moyen veut-il dire ici terme ordinaire, comme dans le langage vague et inexact des gens du monde? Voilà donc encore un mot qui, prétentieusement, semble dire plus qu'il ne dit réellement, et qui n'est pas employé par M. Bouillaud avec plus d'à-propos et de précision que les grands mots de *loi,* et de *rapport précis.* Au surplus, dût-on laisser de côté cette objection qui ne touche qu'à la forme, l'assertion restera toujours fausse quant au fond, ainsi que nous allons le voir.

Secondement, en effet, c'est de la part de M. Bouillaud une supposition imaginaire, que de porter jusqu'à six et huit septénaires la durée ordinaire et naturelle du rhumatisme articulaire aigu général. Ceux de nos lecteurs (et ils sont, sans doute, en petit nombre) qui, encore trop neufs en érudition ou en clinique n'auraient pas eux-mêmes senti la singularité et l'inanité de cette supposition, ont été éclairés là-dessus par nous (*même article,* sect. II, §. VIII) à l'aide de textes formels. Il y a vingt-trois ans, encore un coup, que M. Chomel écrivait, dans sa thèse inaugurale, que « la durée du rhu- » matisme aigu, quand il est intense, s'étend » RAREMENT au delà du DEUXIÈME OU TROISIÈME » septénaire. » Et ce qu'il y a de bizarre, c'est que M. Bouillaud répète textuellement, en note, cette phrase qui le contredit si positivement. Certes, il faut qu'il ait été bien plein et bien préoccupé de ses propres idées, pour que ses yeux ne se dessillassent pas devant la vérité qu'il a lue et citée sans la voir.

Troisièmement, enfin, et c'est là l'objection capitale, M. Bouillaud n'est pas d'accord avec

les faits qu'il rapporte, en affirmant que, sous sa direction, la durée du rhumatisme est, terme moyen, d'un à deux septénaires seulement. Que voyons-nous, en effet, dans le relevé des trente-trois cas traités par lui, même en ne comptant la durée qu'à dater de l'entrée du malade à l'hôpital? C'est que six cas seulement n'ont pas dépassé quatorze jours. Que sera-ce donc, si nous supputons la durée à dater de l'invasion, c'est-à-dire la durée totale et vraie de la maladie? Hé bien! sur les vingt-et-un cas dans lesquels cette durée totale est connue, deux fois seulement la guérison a eu lieu vers la fin du deuxième septénaire, quinze fois elle a dépassé le troisième septénaire, et, de ces quinze fois, il y en a sept où le sixième septénaire a été atteint ou dépassé. Ainsi, nous ne concevons vraiment pas comment, avec de telles observations par devers lui, M. Bouillaud s'est laissé aller à la conclusion qu'il proclame. Avec son ardente prévention pour les saignées coup sur coup, même en retranchant de la maladie les jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, il est lui-même force par l'arithmétique de poser 19 jours comme durée moyenne sur le tableau statistique des 16 cas de 1834; et c'est avec ce tableau devant les yeux qu'il conclut que la durée de la maladie est, terme moyen, de sept à quatorze jours. Y eut-il jamais moins d'harmonie entre une conclusion et les prémisses?

Terminons, maintenant, l'appréciation de la méthode thérapeutique de M. Bouillaud. Nous voyons que la durée moyenne de la maladie, à dater de l'invasion jusqu'à la guérison, a été de 28 jours 5/8, si nous faisons notre calcul sur les seize cas du tableau statistique de 1834; ou, (ce qui revient à peu près au même), de 27 jours 8/21, si nous supputons d'après les vingt et un cas, dont la durée totale est connue dans le relevé que nous avons fait ci-dessus. Nous avons déjà dit, dans le précédent alinéa, que sur ces vingt-et-un cas, la terminaison avait dépassé le troisième septénaire quinze fois, c'est-à-dire, dans plus des deux tiers des cas. Hé bien! je conclus de là que la durée de la maladie a été plutôt prolongée que raccourcie par cette large soustraction de sang, dont la dose moyenne est évaluée par M. Bouillaud à environ quatre ou cinq livres, et qui va quelquefois jusqu'à huit livres. Car, répétons encore ce que M. Chomel disait il y a vingt-trois ans: « La durée du rhumatisme articulaire aigu s'étend rarement au-delà du » troisième septénaire. » Et, cet hiver encore, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, la durée moyenne des cas de cette maladie a été (à dater de l'invasion, bien entendu) de 16 jours 1/4 seulement, à l'aide de saignées modérées, dont la dose moyenne a été d'environ deux livres et demie (Grisolle, *Compte rendu* déjà cité).

Ainsi donc, ce ne serait point une accusation par trop téméraire ni par trop invraisemblable, que d'imputer aux saignées répétées coup sur coup la prolongation de la maladie au-delà de son terme naturel, à raison de cette énorme déperdition de sang qui ôte à la nature les forces nécessaires pour opérer la résolution, et qui me paraît aussi amener ces bruits de soufflet, de scie et de lime, plus probablement dus à l'état d'anémie générale, qu'à l'existence problématique d'une endocardite.

La première publication de M. Bouillaud sur le traitement par les saignées coup sur coup ne date que de 1834 (*Journal hebdomadaire*, no du 25 janvier). Il paraît que, déjà avant lui, M. le docteur Piorry avait eu l'idée de *juguler* le rhumatisme articulaire aigu par la répétition combinée des saignées générales locales; et il y avait même réussi, à ce qu'il assure dans un mémoire donné, en 1833, au *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (t. Ier). En effet, ce mémoire contient les observations de quatorze cas qui avaient depuis trois jusqu'à quatre-vingt-dix jours de date lors de l'entrée à l'hôpital, et qui, tous, guérirent en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Or, voici quel était le traitement. Larges saignées, portées quelquefois jusqu'à trente onces, jusqu'à deux livres: le malade était saigné debout; dès qu'il se trouvait mal, on lui fermait aussitôt la veine, et on le couchait: si les douleurs, d'abord calmées ou disparues, survenaient de nouveau, on réitérait la phlébotomie. En même temps, application de sangsues sur les articulations rhumatisées, que l'on avait bien soin de tenir dans une position élevée. De plus, eau à haute dose, sous forme de boissons ou de lavemens: un verre de tisane tous les quarts d'heure, ou toutes les demi-heures; quatre lavemens par jour. Certes, c'était quelque chose de bien extraordinaire qu'une réussite constante dans quatorze cas, sans aucune exception. Ne devait-il pas sembler que la méthode *jugulante* était enfin découverte? Rendons hommage à la modeste réserve que M. Piorry montra, même après ces quatorze triomphes, si propres à éblouir un esprit moins solide et moins sage. « J'avoue, » dit-il, « que je me défie encore de » semblables succès, et qu'il est à souhaiter » que de nouveaux faits viennent appuyer » ceux-ci. Il est de ces heureux hasards de » pratique, de ces circonstances peut-être épi- » démiques, qui font qu'on réussit aujourd'hui » dans dix cas, tandis que demain on échouera » par les mêmes moyens dans dix autres cas » qui de prime-abord paraîtront semblables. » Cette réflexion était fort sensée; et il est évident que l'événement a dû l'avoir justifiée. Les revers du lendemain auront montré que les triomphes de la veille n'avaient été, effectivement, qu'un bonheur fortuit. Autrement, si

depuis trois ans le traitement de M. Piorry eût toujours opéré les mêmes merveilles, cet habile observateur n'aurait pas manqué d'en informer le monde médical, et de s'en glorifier à très bon droit.

Ainsi donc, en définitive, les saignées, à quelque dose et de quelque façon qu'on les emploie, sont incapables d'arrêter sûrement et constamment la marche du rhumatisme articulaire aigu fébrile. Et voilà justement pourquoi les médecins ont eu recours, comme nous allons le voir dans les paragraphes suivans, à tant d'autres médications diverses, dont quelques-unes sont même en complète opposition avec la médication antiphlogistique proprement dite.

§ IV.—Sudorifiques.

Dans l'espérance d'éliminer la cause morbifique par la transpiration cutanée, on a employé les diaphorétiques et les sudorifiques sous toutes les formes. On a administré, à chaud et en abondance, des boissons délayantes, telles que les infusions, simples ou nitrées, de fleur de sureau, de violette, de bouillon blanc, de scordium, d'arnica, etc.; Barthez (t. Ier, p. 329) place même, assez gratuitement, les fleurs d'arnica au rang des spécifiques. Toujours est-il que les boissons de cette sorte, ainsi administrées, ne manquent jamais de provoquer les sueurs, sinon par une vertu spéciale, du moins par la grande quantité d'eau chaude qu'elles introduisent dans l'économie. C'est sans doute, dans le même but que Cadet de Veaux conseillait simplement comme méthode perturbatrice dans les attaques de goutte aiguë, de boire abondamment de l'eau très chaude; quarante-huit verres de six onces, par exemple, sans désemparer. Il le voulait, mais cela a-t-il jamais été exécuté? Etait-ce exécutable?

Comme rémèdes plus praticables que l'emploi de l'eau chaude à si haute dose, et plus aptes que les diaphorétiques indigènes à remplir efficacement l'indication supposée, on a employé le gaïac, la salsepareille, la squine, et le sassafras, ces végétaux exotiques qui passent pour posséder par excellence la vertu sudorifique. Huxham (*De aere et morbis epidemicis.* Ann. 1737, dec.) a beaucoup loué (1), à titre de médicament sudorifique, un vin stibié, préparé en faisant infuser dans du vin blanc le *verre d'antimoine* pulvérisé: il ne donnait, bien entendu, qu'à la faible dose de vingt à trente gouttes cette préparation aujourd'hui inusitée: car à plus forte dose c'était un émétocathartique.

Quant à nous, nous pensons que l'emploi des sudorifiques est évidemment contre-indiqué dans le début du rhumatisme articulaire aigu: car alors la nature elle-même, sans être provoquée par l'art, maintient presque constamment le malade dans un état de transpiration excessive. Or, comme nous l'avons dit plus haut, ces sueurs abondantes n'abrègent pas du tout la durée de la maladie. Et combien d'inconvéniens n'entraînent-elles pas après elles? Loin de chercher à les augmenter encore, mieux vaudrait, si cela pouvait se faire sans danger, les entraver et les supprimer.

§ V.—Opiacés.

Les préparations opiacées ont été employées, à titre de médicament tout à la fois sudorifique et anodin. Rien, en effet, n'est plus favorable à la production de la sueur que le sommeil: dans certaines maladies, on ne sue que tant qu'on est endormi, et la peau reste sèche et aride pendant toute la durée de l'état de veille. La poudre de Dover (2), ce médicament composé qui a obtenu tant de célébrité et de vogue, n'agit guère que par son opium. Hé bien! l'opium est loin d'être constamment avantageux à employer contre les vives douleurs du rhumatisme articulaire aigu fébrile. Certains arthritiques qui n'ont pas encore fait l'expérience de ce médicament le désirent à toute force: mais ils sont bientôt désabusés. Car les mouvemens qu'on ne peut s'empêcher de faire en dormant, sont alors si douloureux et réveillent si cruellement qu'on finit par préférer l'insomnie.

Sydenham (c. *Rheumat.*), Cullen (*Firs lines* etc. Of the Rheumatism, n. 468), De Mertens (*Loc. cit.*), Quarin (*Meth. medend. inflammat.*, de Rheumatismo, p. 221), Van Swieten (*Commentar.*, t. V, p. 668), et beaucoup d'autres observateurs ont signalé les mauvais effets de la médication narcotique dans le rhumatisme articulaire aigu, et l'ont absolument proscrite. Storck a été moins exclusif: dans l'épidémie qu'il a décrite, il employa avec avantage les parégoriques le matin seulement, mais non pas le soir. « Beaucoup de malades, » dit-il, « étaient privés de sommeil, et se trouvaient » par là même fort abattus: c'est pourquoi, » dans la matinée, lors de la rémission des » douleurs, il était convenable de leur administrer un parégorique: car ils obtenaient » ainsi un sommeil tranquille et réparateur, et

(1) « Nihil tamen inveni præstantius, » dit Huxham..... « nihil melius, nihil tutius, nihil efficatius. »

(2) Voici la formule:

Ipécacuanha Opium	} aa.....	1 partie.
Sulfate de potasse.....		7 parties.

Cette poudre s'administre, en général, à la dose de cinq à vingt grains, de manière à donner depuis environ un demi-grain jusqu'à deux grains d'opium. Or, qu'est-ce que l'ipécacuanha, qui se trouve en même quantité que l'opium, peut produire à si faible dose? Quant au sulfate de potasse, il est là à peu près nul.

» redevenaient plus capables de soutenir les » douleurs du soir. Le parégorique donné le » soir, pendant l'exacerbation des douleurs et » de la fièvre, eut toujours un mauvais résul- » tat : les malades dormaient très mal, déli- » raient, étaient en proie à une insomnie cruelle, » souvent ils se réveillaient en sursaut, et ils » étaient extrêmement fatigués de ce sommeil » forcé, et durant toute la journée du lende- » main ils étaient comme dans un état de coma » et de *subdelirum*, avec le pouls fréquent, iné- » gal et serré (*Loc. citat.*).» Barthez (*Mal. goutt.*, t. Ier, p. 335) assure avoir obtenu les effets les plus heureux de l'opium joint au camphre, dans les *temps avancés* du rhumatisme aigu. Nous pensons, en effet, que lorsque la fièvre rhumatismale a perdu sa première intensité, ou bien lorsque le rhumatisme aigu est primitivement apyrétique, les narcotiques tels que la jusquiame, la belladone, la ciguë tant préconisée par Storck, l'aconit que Barthez décore aussi du titre de spécifique, et surtout l'opium, ce prince des narcotiques, peuvent être administrés avec succès par un praticien qui sait manier à propos ces remèdes. Car, c'est avec autant de vérité que d'énergie que Wedel s'écrie dans son Opiologie : « *Sacra vitæ anchora est opium benè* » *circumspectè agentibus, cymba autem Charontis* » *in manu imperiti, et ceu gladius in manu furiosi* » *Cavendum ergo, ne* ναρκωτικὰ *fiant* νεκρωτικὰ » (lib. II, sect. III, cap. III).

§ VI.—Purgatifs.

Quelle opinion avoir de l'usage des purgatifs? Quelques médecins y ont eu recours jusqu'à l'abus, afin de poursuivre à outrance et d'expulser de prétendues humeurs peccantes. Sans doute, il faut le dire, cette médication a eu quelquefois, elle aussi, de brillans succès à prôner : quelle médication n'a pas les siens, de loin à loin? Ainsi, par exemple, Bayr, cité avec complaisance par Morgagni (Ep. LVII. 6) en l'honneur des purgatifs, rapporte que, après avoir été lui-même atteint, huit ou dix fois, de douleurs arthritiques telles qu'il ne pouvait remuer que la langue, il eut, à une récidive nouvelle, l'idée de se purger, put marcher après la purgation, et fut tout-à-fait libre le lendemain; qu'il fit encore deux fois sur lui la même expérience; que dès lors il s'imposa pour règle de se purger, trois à quatre fois par an, aux époques où il apercevait en lui quelques signes de pléthore; et qu'en suivant cette pratique il était devenu exempt de douleurs articulaires depuis plus de vingt-six ans : il affirme, de plus, avoir obtenu les mêmes résultats sur un grand nombre de personnes. Mais, en vérité, on ne peut se rendre raison de cela qu'en invoquant un heureux hasard comme à l'égard de ces quatorze cas de M. Piorry, tous *jugulés* par les saignées : il faut encore ici en appeler à un concours fortuit d'idiosyncrasies, ou à l'influence occulte de quelque constitution médicale. Car, en général, les purgatifs les plus héroïques, tous ces drastiques tant vantés par un grossier humorisme, n'ont que très rarement des effets avantageux, et peuvent, au contraire, faire beaucoup de mal.

Il est vrai de dire, toutefois, qu'un médecin peut se décider à purger un arthritique en vue d'une indication positive, c'est-à-dire, afin de tenir le ventre libre, et de combattre la constipation, résultat assez ordinaire de l'abondance des sueurs; si, dans ce but, on administre des laxatifs, ou des minoratifs, comme le petit-lait tartarisé, l'huile de ricin, la pulpe de tamarin, le carbonate de magnésie, etc., il n'y a pas du tout à craindre d'appeler par révulsion le principe rhumatismal sur les fibres des intestins : une telle crainte doit être reléguée parmi les chimères. Autrefois, on donnait toujours la préférence sur les lavemens à l'usage des laxatifs pris par en haut; car, pour administrer ceux-là, on ne connaissait d'autre instrument que la seringue, et le malade ne pouvait donc les recevoir sans se déranger beaucoup, ce qui est une considération capitale en cas de rhumatisme. Mais aujourd'hui, grâce aux clysoirs et autres inventions *comfortables* de l'industrie moderne, on peut introduire dans le rectum telle quantité de liquide qu'il convient en ne troublant que très peu l'immobilité du malade.

Parmi les purgatifs qui ont eu, à la fin du siècle dernier et au commencement du siècle actuel, le plus de réputation contre le rhumatisme articulaire aigu, nous citerons le rob de sureau. C'est Quarin, qui, à ce qu'il paraît, le mit en vogue. « Je n'ai pas trouvé, » dit-il, « dans les affections rhumatismales, de remède » plus puissant que le rob de sureau, qui, à » la dose de trois ou quatre onces par jour, » résout les humeurs sans accroissement d'agi- » tation, et pousse à la diaphorèse, et à l'ex- » crétion alvine. » (Quarin, *Loc. citat.*, p. 219.)

Le rob de sureau fut donc quelque temps préconisé surtout à double titre de laxatif et de sudorifique. Sans aucun doute, il tient le ventre libre; mais il ne fait pas suer infailliblement. Ce qu'il y a de bien évident, c'est qu'il n'a pas pu faire merveille contre le rhumatisme et la goutte, puisqu'il est enfin tombé dans un complet abandon.

Les Anglais ont beaucoup exalté l'emploi du calomel (proto-chlorure de mercure), cette panacée de la tourbe médicale de l'empire britannique. Si ce sel mercuriel n'est administré qu'à petites doses dans le seul but de tenir le ventre libre, nous ne saurions en désapprouver l'usage. Mais, si l'on pousse les doses, comme l'ont fait tant de médecins de par-delà la Man-

che, et quelques-uns même d'en-deçà, jusqu'à exciter le ptyalisme, nous considérons, à part nous, une pareille conduite moins comme une médication héroïque qui serait justifiée par son efficacité que comme un trait blâmable d'aveugle et impuissant empirisme. En Angleterre même, les médecins éclairés et sages, qui ne sont là ni plus ni moins rares qu'ailleurs, pensent ainsi : nous citerons, entres autres, Scudamore dans son Traité sur le rhumatisme.

C'est aussi en Angleterre, et à date encore récente, qu'ont retenti les premiers et les plus magnifiques éloges de préparations de colchique, remède auquel on a attribué, indépendamment de la propriété purgative, une sorte de vertu spécifique contre le rhumatisme articulaire et la goutte. L'emploi de ce remède s'est même, à ce qu'il paraît, établi et consacré dans le grand hôpital de Westminster, où l'on observe, dit-on, de très heureux effets (*The London medical Gazette,* 1834). Dans l'*observator medico,* excellent répertoire de faits pratiques, publié à Naples par mon savant confrère et ami le docteur Magliari, on voit également que le professeur Luigi Marchesani, médecin de l'hôpital *degl' Incurabili,* a obtenu de remarquables succès avec le vin de colchique. Mais, en France, l'expérience n'a pas été favorable à la réputation du colchique. M. Chomel, pour sa part, a une fois employé la teinture de colchique dans un cas de rhumatisme articulaire aigu général : tant que durèrent les phénomènes de super-purgation, les symptômes rhumatismaux furent arrêtés et suspendus; puis, la révulsion intestinale à peine cessée, la maladie continua sa marche accoutumée. Bref, le colchique nous paraît aussi devoir être tenu pour médicament infidèle.

§ VII.—Arsenic.

Fowler, médecin anglais, a recommandé, contre les affections rhumatismales et arthritiques, les préparations arsénicales, et notamment la solution aqueuse d'arsenite de potasse avec addition d'une certaine dose de l'alcoholat de mélisse composé : telle est en effet la liqueur assez improprement nommée *Teinture minérale de Fowler.* Mais ce même remède, il l'a aussi recommandé contre les fièvres intermittentes, contre les maladies de la peau. En vérité, ce médecin a pour l'arsenic une sorte de tendresse paternelle, qui doit nous être extrêmement suspecte. D'après ses pressantes exhortations, quelques patriciens, sans doute, auront accueilli et expérimenté sa liqueur : pour notre compte, nous avançons n'avoir pas osé venir, en second, pour répéter cette expérience non moins périlleuse qu'incertaine; mais tous n'auront pas été aussi timorés que nous. Eh bien ! aucune voix ne s'est élevée pour rendre témoignage à celle de Fowler. Ni sur les grands théâtres d'observation médicale, ni dans les coins les plus obscurs du monde savant, il n'a paru, que nous sachions, un autre panégyriste des vertus anti-arthritiques de l'arsenic.

§ VIII. — Quinquina.

Morton, qui le premier, à ce qu'il paraît, a reconnu les fièvres intermittentes larvées, plaçait dans cette catégorie, et traitait en conséquence par le quinquina, certains rhumatismes aigus à intermissions bien marquées et à redoublemens périodiques. (*Pyretologia*, Exerc. I, ch. 9, *De proteiformi febris intermittentis genio.* — Voir aussi Exerc. 2, c. 9, *De proteif. feb. continentis gen.*). Mais répétons ici la remarque que M. Chomel a faite dans sa *Thèse* (p. 75) à l'égard des observations de Morton : « On voit, » dit-il, « dans trois de ses observations, la fièvre et les » douleurs disparaître simultanément après » l'administration du quinquina : dans la quatrième, au contraire, la fièvre intermittente » cessa de suite, et le rhumatisme persista et » diminua peu à peu. Dans les premières, il y » avait seulement douleur; et, de plus, dans » la dernière, gonflement, chaleur et rougeur. » Je pense que dans les unes les douleurs n'étaient que symptomatiques, tandis que, dans » l'autre seulement, il y avait réellement complication d'une fièvre périodique et d'un rhumatisme. Le traitement peut, dans des cas » semblables, fournir un moyen certain de reconnaître le genre de la maladie. »

D'autres médecins, depuis Morton, n'ont pas seulement appliqué l'emploi du quinquina aux cas de rhumatisme qui pouvaient être considérés comme des fièvres larvées, mais ils en tout généralisé l'indication indistinctement pour tous les cas de rhumatisme articulaire aigu, à raison de la succession de paroxysmes et de rémissions que cette affection présente constamment dans son cours, et que Sydenham, avons-nous dit, comparait à une chaîne d'anneaux inégaux. Le docteur Held, dans les *Ephémérides des Curieux de la nature* (année 1714), avait déjà proclamé, il y a environ un siècle, la prétendue vertu anti-arthritique du quinquina. Mais c'est surtout dans les premières années de notre siècle que ce médicament a été préconisé comme un spécifique du rhumatisme articulaire et de la goutte aiguë par le portugais Tavarès et, d'après le mémoire de celui-ci, par notre compatriote Alphonse Leroy (*Manuel des goutteux et des rhumatisans*), par l'italien Giannini (*Sulla natura delle febbri*, ch. 8); et par l'anglais Haygarth (*A Clinical history of the acute rheumatism*). Ce dernier va même jusqu'à terminer le panégyrique de l'écorce du Pérou par ces mots: « Excepté le mercure dans » la syphilis, et le quinquina même dans la » fièvre intermittente, il y a peu de cas où un » remède produise un soulagement si prompt

» et un rétablissement si parfait dans une ma-
» ladie si formidable. » Et cette conclusion, Haygarth l'a fait précéder, sachons-le bien, par une masse imposante d'observations. Oh! quelle profondeur dans le mot d'Hippocrate! Oui, cent fois oui, *l'expérience est trompeuse;* oui, pour en contrôler les résultats, et les apprécier à leur juste valeur, *le jugement est difficile.*

En Angleterre, maintenant, on est bien revenu de l'enthousiasme de Haygarth : témoin les traités de Scudamore et de Johnson sur le rhumatisme. Cependant il paraît que, par un reste d'ancienne faveur, le quinquina y est encore assez souvent employé contre le rhumatisme articulaire aigu, surtout en cas de débilité; et notamment cette pratique subsiste à l'hôpital de Westminster (*The London Medical Gazette*, 1834).

Nous pensons, nous, que le quinquina, à raison même de ses vertus toniques et excitantes, est plutôt contre-indiqué dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, hormis quelques cas dans lesquels un état extrême de faiblesse ou une intermission véritablement périodique des douleurs en présenteraient l'indication formelle et évidente. C'était par une analogie forcée entre la fièvre intermittente et la fièvre rhumatismale, laquelle est, en général, continue avec de simples alternatives de rémissions et de redoublemens; c'était, par conséquent, d'après une vue fausse qu'on avait été conduit à administrer le quinquina, à titre d'anti-périodique, contre le rhumatisme articulaire aigu : il était naturel que cette indication prétendue ne fût pas justifiée par l'observation consciencieuse et sévère des faits. L'écorce du Pérou ne manifeste de vertu anti-périodique que contre les fièvres intermittentes, franches ou même larvées, en un mot, contre les affections à type quotidien, tierce ou quarte. Mais si une maladie a dix accès en un jour, il ne faut guère compter sur les préparations de quinquina. Les auteurs citent bon nombre de névralgies à type de fièvre intermittente, parfaitement guéries par le quinquina; mais pour celles où les intervalles de repos et les recrudescences se succèdent vingt fois, cent fois, mille fois par jour, il n'en est plus de même. Le quinquina ne prévient pas non plus le retour des accès d'hystérie. Eh bien! dans le rhumatisme articulaire aigu, trouve-t-on rien qui ressemble au type quotidien, tierce, ou quarte, d'une fièvre intermittente? Non certes. On n'était donc pas même fondé à présumer *à priori* que le quinquina pût être efficace contre cette maladie; et aujourd'hui nous ne savons que trop bien *à posteriori* qu'il ne l'est point du tout.

§ IX.—Digitale.

Il s'est trouvé des médecins qui ont aussi vanté comme anti-arthritique la digitale pourprée, ce médicament si précieux par l'influence bien réelle et bien incontestable qu'il exerce sur la circulation. Mais à quoi sert, dans le rhumatisme articulaire aigu, de ralentir le pouls? Les douleurs n'en conservent pas moins toute leurs intensité : car l'accélération de la circulation n'est pas le mal à combattre; ce n'est qu'un symptôme, et un symptôme fort médiat. Aussi la digitale a-t-elle été abandonnée à cet égard, comme tant d'autres médicamens qui précèdent ou qui suivent.

§ X.—Antimoniaux.

Il y a déjà longues années que l'emploi du tartre stibié à petite dose, en qualité d'émétique, est bannie, dans la médecine française, du traitement des affections rhumatismales, comme de tant d'autres, depuis le discrédit où est tombée la polycholie de Stoll. Et, pour notre part, nous n'avons ici aucune raison de regretter qu'il en soit ainsi. Car, sans être des adversaires outrés et systématiques de la médication vomitive, nous ne pensons pas que cette médication eût été si dédaigneusement abandonnée, si, pendant la longue vogue dont elle a joui, elle eût déployé une évidente efficacité. Elle peut, sans doute, être indiquée dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels la coïncidence d'un état bilieux est manifeste : mais, à coup sûr, elle ne doit pas être admise comme élément principal dans le traitement général de la maladie.

La puissance curative que le double sel d'antimoine et de potasse ne possède pas à petite dose, et comme vomitif, la possède-t-il, pris à haute dose, et comme controstimulant, d'après les idées de Rasori? Laennec, de si glorieuse mémoire et de si imposante autorité, se fit, en France, le patron de la doctrine italienne, notamment à l'égard du rhumatisme articulaire aigu. Mais, malgré le respect que nous portons à ce grand médecin, l'intérêt puissant de l'art nous oblige à dire toute la vérité sur ce que nous pensons de lui. Laennec fut grand, comme anatomiste et pathologiste; il excella dans l'examen et la description des altérations morbides des organes, dans l'analyse des symptômes correspondans à telle ou telle lésion organique. Mais, comme thérapeutiste, il peut à bon droit être taxé de légèreté. Voici, à l'appui de cette assertion, une anecdote curieuse dont M. Chomel garantit l'exacte vérité. Lorsque M. Landré-Beauvais, alors doyen de la Faculté, remit à Laennec le service de clinique dont il s'était chargé en remplacement de celui-ci, il y avait, entre autres malades, un rhumatisant retenu au lit depuis plus d'un mois. En voyant ce malade, Laennec s'écria aussitôt : « Si on l'eût traité par l'émétique, il

aurait été certainement guéri en quinze jours. » Hé bien! on lui montra, dans la même salle, des rhumatisans qu'il avait commencé à traiter par l'émétique, il y avait six semaines, avant de quitter le service, et qui n'étaient pas encore guéris. Il fut un peu interdit, en présence, pour ainsi dire, d'une si insurmontable objection: mais, pour ne pas rester tout-à-fait court, il balbutia la phrase banale et facile de cas exceptionnels. Toutefois, plus tard, convaincu par les nombreux insuccès de sa propre pratique, il convint de bonne foi que le tartre stibié n'est d'aucune utilité contre le rhumatisme. M. Chomel, de son côté, a expérimenté cette médication, et n'a pas eu à s'en louer. On doit encore, à ce sujet, consulter l'excellent Mémoire de Dance, judicieux et sévère observateur, prématurément enlevé à la science et à un avenir de gloire par le choléra de 1832. Ce Mémoire, fondé sur vingt observations bien recueillies et bien pesées, ne peut laisser de doute sur l'inefficacité du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu.

On a aussi proposé et vanté d'autres préparations antimoniales, et particulièrement l'oxide blanc d'antimoine. Il y a de nombreux faits de guérison, et de guérison rapide, par le seul usage de ce médicament. Nous avons cité ailleurs le succès ainsi obtenu par M. le docteur Baudelocque. L'oxide blanc d'antimoine n'a pas, comme le tartre stibié, l'inconvénient de déterminer quelquefois des vomissemens ou des superpurgations. C'est bien un controstimulant par excellence, si controstimulisme y a; car, s'il opère des guérisons, c'est sans produire aucun phénomène de dérivation ou de révulsion. Mais il est fort possible qu'il n'ait au fond aucune espèce de vertu, et que les guérisons qu'on lui attribue ne soient dues qu'à la seule expectation. Ce qui ne permet guère de penser autrement, c'est que M. Chomel a administré l'oxide blanc d'antimoine à des convalescens jusqu'à la dose énorme d'une once par jour, et que ces individus n'en ont pas éprouvé la moindre modification dans leurs digestions, qui n'en ont été ni meilleures ni pires qu'auparavant.

§ XI. — Frictions mercurielles.

Le docteur Trousseau a vanté, dans le journal dont il est un des fondateurs (*Journ. des Conn. Medico-Chir.* t. Ier, p. 75), l'emploi des frictions mercurielles d'après la prescription quotidienne que voici: *Onguent napolitain double, deux onces,* pour quatre frictions par jour, d'un quart d'heure chacune, à faire sur le ventre. Il rapporte, à l'appui de cette méthode, deux cas de rhumatisme articulaire aigu, qu'il a ainsi traités, en 1833, dans le service de l'Hôtel-Dieu, et qui ont été complètement guéris, l'un au douzième jour depuis l'invasion, neuvième du traitement, l'autre au onzième jour depuis l'invasion, cinquième du traitement. Mais, encore un coup, deux cas ne pouvaient, à eux seuls, légitimer une induction. Depuis, le silence même de M Trousseau à cet égard a bien dû faire voir que l'hydrargyrose n'avait pas constamment donné de pareils résultats. Nous avons eu, à la Clinique, un exemple de l'inefficacité de cette médication, à laquelle le malade avait commencé d'être soumis avant son entrée, et que M. Chomel continua, sans obtenir aucun amendement, jusqu'à l'apparition du ptyalisme. Voici le fait:

XVIIe OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu fébrile. Causes inconnues. Premières attaques, à 25 ans. Plusieurs jours auparavant, douleurs vagues tant dans les muscles que dans les articulations. Emploi des FRICTIONS MERCURIELLES avant l'entrée du malade à la Clinique: continuation du même moyen, à la Clinique, jusqu'aux premiers indices de salivation. Nulle influence apparente des frictions. Recrudescence des douleurs articulaires, qui s'étaient apaisées à la suite d'une dyssenterie. Guérison par pure expectation, après une quinzaine de jours. Durée totale: six semaines.

Le 20 février 1834, entre à la Clinique, salle Ste-Madeleine, n. 29, Michel Lucien, âgé de 21 ans, gantier à Paris depuis trois ans, doué d'une assez forte constitution et d'une santé habituellement bonne. Il ne peut rien dire de positif sur ses parens; il croit seulement se rappeler que sa mère a succombé à la gravelle. Il ne se livre à aucun excès, il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Il couche dans une chambre assez sèche, mais la rue est humide; il travaille dans un atelier vaste et parqueté.

Depuis un mois, il a éprouvé des douleurs vagues dans la tête, le cou, les cuisses, les jambes, les doigts et les reins: tantôt les articulations étaient prises, tantôt la région moyenne des membres: ces douleurs étaient tantôt précédées, tantôt suivies de frissons: il perdait l'appétit et le sommeil de temps en temps; il continuait néanmoins à travailler.

Le vendredi, 14 février, il a ressenti dans les régions fémoro-périnéales de l'un et l'autre côté des douleurs assez vives qui l'ont empêché de marcher: ces douleurs se prolongeaient jusque dans les bourses, et obligeaient le malade à soulever ces parties avec la main s'il voulait faire un pas. Le lendemain, 15, il se sentait mieux; mais le soir, après son dîner, il fut pris de frisson, et le vin chaud et sucré qu'il avala ne l'en délivra point. Il se coucha à onze heures; peu de sommeil durant la nuit. Le lendemain matin, 16 février, lumbago:

bientôt après, déplacement de la douleur, qui des lombes se porte sur les deux genoux. Le lendemain, 17, les deux pieds étaient pris. Le 18, saignée; persistance de la douleur dans les genoux et les pieds; de plus, le coude droit est devenu douloureux. Le 19, le coude gauche, et dans la nuit les deux poignets et les épaules sont le siége de la douleur rhumatismale. On lui avait fait, le 18, des frictions avec une demi-once d'onguent napolitain: le 19, on les avait répétées deux fois, avec une demi-once d'onguent chaque fois, sans qu'il y eût salivation. C'est le 20, comme nous l'avons dit, que le malade entra à la Clinique.

Le 21 février, au moment de la visite, douleurs dans les doigts avec gonflement et rougeur, d'une façon plus marquée à gauche qu'à droite; les poignets, les coudes, et les épaules, surtout à gauche, sont le siége d'un gonflement sans rougeur manifeste: les articulations des pieds, des genoux et des cuisses ne peuvent exécuter de mouvement sans douleur, et le malade y ressent une raideur importune; chaleur élevée et halitueuse: pouls fréquent (80) et large; appétit nul; point de nausées; pas de selles depuis le 91; urine très rouge et très chargée; insomnie; soif vive. (Prescription: *Saignée de douze onces; frictions avec une demi-once d'onguent mercuriel sur les articulations les plus douloureuses; chiendent miellé nitré; petit-lait; lavemens; cataplasmes émolliens.*) Le sang tiré de la veine fut couenneux.

Le 22, même état: même prescription, excepté la saignée.

Le 23, le malade peut se servir du bras droit; mais, en revanche, la hanche droite, et les articulations des deux jambes et des deux pieds sont plus douloureuses que la veille; le membre supérieur gauche est partout douloureux. Même prescription.

Le 24, même état: même prescription.

Le 25, pouls fort, vibrant et dur; chaleur sans sueur; insomnie; coliques atroces; selles continuelles et peu abondantes avec épreintes pendant la nuit précédente: langue un peu rouge, soif vive: les pieds et les mains sont un peu moins douloureux; cependant, la jambe droite, à sa partie supérieure, ainsi que la cuisse, est beaucoup plus douloureuse; épaules et coudes un peu raides, mais non douloureux. (Prescription: *comme précédemment, plus, lavement de lin avac dix gouttes de laudanum de Sydenham, et cataplasmes émolliens sur le ventre; diète absolue.*)

Le 26, peu de sommeil; agitation continuelle; soif modérée; bouche un peu sèche; pouls fort; peau très chaude; pas de sueur; toutes les articulations des membres sont prises; le malade ne peut remuer sans d'horribles douleurs; selles extrêmement nombreuses et un peu sanguinolentes. (Prescription: *Dix-huit sangsues à l'anus; eau de riz avec sirop de gomme; demi-lavement de lin avec douze gouttes de laudanum; frictions mercurielles; diète.*)

Le 27, le malade n'a maintenant que peu d'évacuations alvines: les coliques sont presque entièrement apaisées; sommeil assez bon; pas de sueur; soif vive; retour de l'appétit; pouls encore fréquent et développé; urines un peu rouges; les douleurs articulaires sont un peu moins fortes; cependant le malade n'ose pas encore bouger: commencement de ptyalisme; abondance de crachats venus de l'arrière-bouche, mais les gencives ne sont pas encore gonflées (Prescription: *ut suprà, excepté les sangsues et les frictions mercurielles.*)

Le 3 mars, les douleurs articulaires qui commençaient à s'apaiser, reparaissent avec autant d'intensité qu'auparavant.

Jusqu'au 9 mars, à peu près même état. Depuis lors, amélioration progressive.

Le 14, il n'y a plus que de la raideur sans douleur dans les articulations; le malade essaie de se lever; il est excessivement faible.

A dater du 22 mars, il peut se lever trois ou quatre heures par jour.

Le 28, *exeat.*

Ainsi donc, nous sommes autorisés à considérer les frictions mercurielles comme entièrement dépourvues d'efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu: mais, eussent-elles quelque valeur réelle dans certains cas, nous hésiterions encore à les prescrire, dans la crainte de la salivation, qui, une fois produite par leur emploi, ne s'arrête pas toujours à volonté. Le mercure n'est pas un médicament assez innocent pour être inconsidérément administré contre une maladie telle que le rhumatisme articulaire aigu, qui, malgré ses horribles douleurs, n'est point, après tout, une maladie grave, et qui, dans la presque universalité des cas, parviendrait spontanément à la guérison tôt ou tard. N'oublions donc jamais cette parole d'Hippocrate: Si nous ne pouvons être utiles, au moins ne nuisons pas. Gardons-nous des remèdes dont les conséquences peuvent être pires que celles du mal même; et certes, ce n'est pas calomnier le mercure que de l'envisager ainsi par rapport au rhumatisme aigu.

Remarquons, en finissant, que le mercure avait été déjà vanté anciennement: voyez, à ce sujet, Ettmüller (*Prax.* l. II, sect. II, ch. III, art. 8). Tant il est vrai que, en fait de thérapeutique, les novateurs, la plupart du temps, n'innovent réellement pas, mais ne font que renouveler des pratiques depuis long-temps condamnées à un juste oubli.

§ XII.—Emploi endermique des sels de morphine.

C'est M. le docteur Ant. Lembert, qui, le pre-

mier, conçut l'idée et essaya l'application de la méthode endermique (1) une des plus solides conquêtes de la médecine contemporaine (et je suis heureux de lui en rendre ici témoignage, quand tant d'autres oublient de le faire). Entre autres expériences à l'appui de son utile innovation, il employa l'acétate de morphine sur la peau dénudée pour combattre les affections rhumatismales. Il a rapporté à ce sujet l'histoire de trois cas dans lesquels la guérison fut obtenue par ce moyen. (Voir l'*Essai* cité, p. 70-75.) Depuis M. Lembert, d'autres médecins ont renouvelé et publié des expériences semblables, et se sont faits les fauteurs ardens de l'administration endermiqne de l'acétate de morphine, ou d'autres sels narcotiques, contre le rhumatisme articulaire. M. Chomel ne partage point un si aveugle et si exclusif enthousiasme pour cette médication ; il la considère même comme formellement contre-indiquée, tout aussi bien que les opiacés à l'intérieur, toutes les fois qu'il y a fièvre intense. Mais, dans le rhumatisme articulaire aigu partiel et apyrétique, et dans un rhumatisme articulaire général dont les douleurs se prolongent avec une acuité et une opiniâtreté hors de proportion avec l'appareil fébrile, nous pensons, d'après les observations faites à la clinique de l'Hôtel-Dieu, que les sels de morphine peuvent être endermiquement administrés avec opportunité et avec avantage, ainsi que nous avons déjà conseillé de le faire dans le rhumatisme musculaire. Nous citerons en preuve les deux cas suivans :

XVIIIe OBSERVATION (2).

Rhumatisme articulaire. Première attaque, à l'âge de trente-deux ans Causes inconnues. Guérison au bout de trois semaines par la saignée, les sangsues, la poudre de Dover, et l'ADMINISTRATION ENDERMIQUE DU CHLORHYDRATE (HYDROCHLORATE) DE MORPHINE. Sang non couenneux. Efficacité évidente de l'emploi endermique du sel narcotique.

Chevalier, âgé de 32 ans, perruquier, entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Madeleine, n° 30. le 8 octobre 1834.

Il n'avait pas eu de rhumatisme jusqu'à sa maladie actuelle.

Sept jours avant son entrée à l'hôpital, son genou droit s'est rhumatisé, sans cause connue : ce rhumatisme a duré deux jours, puis ç'a été le tour de l'épaule et du poignet gauches.

Le 9 octobre, à l'heure de la visite, le poignet gauche et les articulations des doigts avec le métacarpe du même côté offrent tout à la fois rougeur, gonflement et douleur ; le coude du même côté est un peu douloureux. Insomnie, fièvre. (Prescription : *Saignée, quatre palettes ; cataplasme ; chiendent ; diète.*) Le sang ne fut pas couenneux.

10 octobre. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont libres ; le coude n'est plus douloureux. Le poignet seul demeure affecté. Bon sommeil, appétit. (Prescription : *Trente sangsues sur le poignet ; cataplasme émollient ; chiendent; deux soupes et deux potages.*) Les sangsues étaient mauvaises, elles ne firent que piquer la peau, et tombèrent sans avoir tiré de sang.

11 octobre. Poignet toujours douloureux, mais déjà un peu moins que la veille. Bon sommeil, appétit (Prescription : *Trente sangsues; le reste, ut suprà; quart de portion.*)

12 octobre. Mieux au poignet. Douleur nouvelle à l'épaule gauche. (Prescription : *Cataplasmes ; chiendent; deux soupes et deux potages.*)

14 octobre. Poignet notablement soulagé. Épaule gauche tout-à-fait prise. Insomnie. Pouls un peu fréquent. (*Cataplasme ; chiendent ; dix grains de poudre de Dover en cinq doses ; deux potages et deux soupes.*)

15 octobre. Même prescription.

16 octobre. Mieux. Le poignet n'est pas douloureux du tout ; l'épaule n'est que peu douloureuse. Sommeil, fièvre nulle. (Prescription : *ut suprà ; quart de portion.*)

18 octobre. Épaule toujours douloureuse au même degré. (*Quinze sangsues.*)

19 octobre. L'épaule est dégagée, et peut se remuer, quoique toujours un peu douloureuse.

26 octobre. La douleur de l'épaule est restée, tous ces jours, au même degré où elle avait été réduite depuis l'application des sangsues. (Prescription : *Un demi-grain de chlorhydrate de morphine appliqué par la méthode endermique sur l'épaule ; cataplasme, chiendent, quart de portion.*)

27 octobre. Nulle douleur à l'épaule.

29 octobre. Légère douleur au coude et au poignet.

30 octobre. Même douleur au coude et au poignet ; le sommeil a été empêché. (Prescript. *Un quart de grain chlorhydrate de morphine sur le coude, et un quart sur le poignet, endermiquement.*)

31 octobre. Douleur complètement calmée.

Quelques jours après, Chevalier sortit complètement guéri sans avoir éprouvé de nouvelles douleurs nulle part.

XIXe OBSERVATION (3).

Rhumatisme du genou gauche, à 22 ans, quatre ans après un rhumatisme musculaire du membre supérieur droit. Causes probables : habitation dans un lieu humide, aménorrhée. Insuccès des évacuations sanguines et des vésicatoires. Efficacité évi-

(1) *Essai sur la méthode endermique :* lu à l'Académie royale des sciences, le 23 septembre 1826.-Paris 1828.

(2) Recueillie par M. Requin.

(3) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

dente de l'ADMINISTRATION ENDERMIQUE DU CHLORHYDRATE DE MORPHINE : diminution et cessation de la douleur immédiatement après l'application de ce sel. Persistance de la raideur long-temps après la douleur. Durée totale de la maladie : trois mois et demi.

Le 16 janvier 1834, entra à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, salle saint Lazare, n. 8, Marie Lavergne, couturière, âgée de vingt-deux ans, d'une assez forte constitution, et d'une santé habituellement bonne.

Cette fille, réglée à l'âge de quinze ans, a été sujette à de grandes irrégularités dans le retour des époques menstruelles. Lors de son entrée à la Clinique, il y avait six mois que la menstruation n'avait point eu lieu, à part un léger écoulement de sang qui s'était manifesté, il y avait un mois, et qui s'était arrêté presque aussitôt.

Il y a quatre ans, elle a fait une maladie qui consistait dans une douleur de toute l'étendue du membre supérieur droit, et de l'épaule du même côté: cette douleur affectait particulièrement la partie moyenne du bras entre l'articulation scapulo-humérale et le coude; la malade était dans l'impossibilité de soulever le bras, les moindres mouvemens excitant la plus vive souffrance. Il y avait en même temps une fièvre assez intense. Cette maladie dura trois mois, on la qualifia de rhumatisme aigu.

La malade assure que son père et sa mère n'ont jamais eu de douleurs analogues à celles qu'elle a éprouvées, et qu'ils jouissent tous deux d'une parfaite santé.

La maladie actuelle date de deux mois. Pendant les dix mois qui en ont précédé le développement, Marie Lavergne travaillait tout le jour dans un appartement bas et humide. Il se déclara tout-à-coup dans le genou gauche une douleur, qui dès l'abord rendit la marche impossible. La malade demeura alitée durant un mois. Le genou avait acquis un volume considérable, et était très douloureux à la pression et dans les moindres mouvemens: la fièvre était continuelle. Trente sangsues furent appliquées à deux reprises sur le genou, et à deux ou trois jours d'intervalle. Depuis un mois, la tuméfaction du genou a disparu entièrement, et la douleur y a beaucoup diminué. Dès lors, la jambe a pu se mouvoir sur la cuisse, mais pourtant la marche n'est pas encore possible: la fièvre a cessé complètement.

Le 17 janvier, lendemain de l'entrée de la malade à la Clinique, voici ce que l'on observa. Le genou gauche, où siége la douleur, n'est pas sensiblement plus volumineux que le droit; la rotule gauche est aussi saillante et aussi bien dessinée que la droite, on ne peut la déprimer; on sent manifestement qu'elle porte sur les surfaces articulaires correspondantes; lorsqu'on appuie sur cet os, on ne détermine qu'une douleur modérée; la douleur est plus vive quand on presse les parties molles d'alentour, soit au dessus, soit au dessous, soit latéralement: la région externe et postérieure du genou est tout-à-fait insensible, la région latérale interne est douloureuse. Le pouls donne 70 pulsations environ, la chaleur de la peau est naturelle. Aucun trouble notable dans les différentes fonctions de l'économie, sinon que l'appétit a diminué (Prescript. : *Saignée du bras, de 12 onces ; infusion de violette avec sirop de gomme ; potion gommeuse ; un demi-lavement ; cataplasme ; diète.*) Le sang tiré du bras fut légèrement couenneux.

Le 18, même état. (Prescription : *Saignée de dix onces ; le reste, ut suprà.*)

Le 19, même état que les jours précédens: nulle diminution dans la gêne des mouvemens, ni dans la douleur; celle-ci ne cesse pas d'empêcher le sommeil. Appétit prononcé. (Prescription : *Vésication à l'aide de l'ammoniaque au dessus de l'articulation, et application d'un quart de grain de chlorhydrate de morphine sur le derme mis à nu; chiendent miellé nitré; soupes et bouillon.*)

Le 20, diminution notable de la douleur rhumatismale. Immédiatement après l'application du chlorhydrate de morphine, la malade a senti dans la région du genou une chaleur extraordinaire, qui a duré un quart d'heure, puis il n'y a plus rien eu d'anomal; pas de nausées. Le sommeil a été bon. (Prescription : *Quart de grain de chlorhydr. de morphine sur le même endroit, après avoir enlevé la pellicule épidermique qui s'est reformée ; quart de portion.*)

Le 21, la douleur a presque entièrement disparu. (Prescription : *Pas de morphine; le reste, ut suprà.*)

Le 22, la malade assure avoir beaucoup souffert pendant la nuit, et n'avoir pas dormi: la douleur est revenue à son premier degré. (Prescription : *Vésicatoire au dessous de l'articulation; tis. de bourrache; quart de portion.*)

Le 23, la douleur a persisté malgré le vésicatoire; insomnie: pouls un peu fréquent. (Prescription : *Demi-grain de chlorhydr. de morph. sur le vésicatoire, demi-portion*, etc.)

Le 24, douleur presque entièrement enlevée: il y a eu un sentiment de fourmillement pendant cinq minutes consécutivement à l'application de la poudre de morphine. (Prescription: *ut suprà.*)

25 janvier. Il y eut hier un peu d'assoupissement et quelques envies de vomir. Un vomissement ce matin, et deux selles liquides: épigastralgie et coliques; chaleur à la peau, pouls, fréquent (80), engourdissement de la jambe: les plaies des vésicatoires suppurent bien. (Les accidens insolites ont été dus, sans doute, à l'action de la morphine.) (Prescription: *Trois soupes, deux bouillons, bourrache.*)

27 janvier. Tout est à peu près rentré dans l'état normal. Les douleurs du genou ont presque disparu; mais il reste encore une raideur qui empêche de marcher.

Cette raideur ne s'est dissipée qu'à la longue, et peu à peu de jour en jour, jusqu'au 6 mars, jour de *l'exeat*.

§ XIII. — Autres médications.

Beaucoup d'autres médications que celles qui viennent d'être appréciées par nous dans les précedens paragraphes, ont eu encore leurs prôneurs, qui, bien entendu, s'appuient toujours sur des FAITS, et citent des cas de succès. Si nous voulions tenir compte de tout ce qui a été proposé et préconisé contre le rhumatisme articulaire aigu, je ne dis pas depuis un siècle, ou un demi-siècle, mais seulement par les échos de la presse contemporaine, quelle tâche, grand Dieu! aussi fastidieuse qu'immense! quel interminable catalogue de remèdes disparates et bizarres!

Le docteur Mitchell, médecin de l'hôpital de Pensylvanie, pense que le rhumatisme dépend le plus souvent d'un état d'irritation de la moëlle épinière; et que, par conséquent, on doit appliquer des ventouses, des sinapismes ou autres rubéfians, à la région rachidienne correspondante au point de départ des nerfs qui se distribuent à la partie souffrante. Sur trente-cinq cas observés à l'hôpital, vingt-deux ont été, dit-on, ainsi guéris à l'aide de ventouses au bout de huit jours. En ville, de simples rubéfians ont souvent suffi au docteur Mittchell. (*The American Journal of the Medical Sciences*, August. 1833.)

Le docteur Blundell, de Londres, guérit le rhumatisme articulaire par l'application de l'aimant. (*Lancet*, 1833.)

Dirai-je que M. Copeman, pharmacien de l'hôpital de Norfolk-and-Norwich, vante comme un merveilleux spécifique l'artichaut commun (*cynara scolymus*, L.) employé en extrait ou en teinture (*The London Medical Gazette*, 1833)? Que le professeur italien Brera proclame la haute efficacité de la décoction de la *Ballota lanata*, L. plante labiée qui croît en Sibérie (*Annali universali di Medicina*, 1834.)? Mais arrêtons-nous : ne nous engageons pas davantage dans ce chaos d'assertions thérapeutiques. Tout cela n'est propre qu'à égarer et à désespérer les jeunes praticiens, et non pas à les guider. De tous ces prétendus spécifiques, que quelques voix isolées se sont hâtées de proclamer sur la foi de hasards heureux, il n'en est certainement aucun qui n'ait dû manquer aux brillantes espérances que le succès fortuit des premiers essais avait inspirées. Autrement, le silence et l'oubli n'auraient point succédé à un retentissement éphémère. Et, pour ma part, si la passion aventureuse des expérimentations thérapeutiques possédait mon esprit, j'aimerais mieux expérimenter les substances qui n'ont pas encore été essayées que celles qui, prônées un moment, sont retombées bientôt dans l'obscurité.

§ XIV. — Principes du traitement rationnel, suivant M. Chomel.

Après avoir énuméré les principales médications qui ont été tour-à-tour proclamées comme souverainement propres à triompher du rhumatisme articulaire aigu, résumons maintenant, d'après un éclectisme conseillé par l'expérience, les principes de thérapeutique qui nous paraissent les plus convenables pour guider le praticien dans la cure de cette maladie.

Au début, chez les sujets jeunes et robustes, la phlébotomie, une ou deux fois pratiquée, est, sans contredit, très utile pour diminuer le mouvement fébrile, pour atténuer la violence des phénomènes inflammatoires dans les articulations qui sont actuellement prises et dans celles qui le seront ultérieurement, et, enfin, pour prévenir les phénomènes métastatiques. Mais elle ne doit jamais être réitérée au point d'abattre profondément les forces du malade : car l'affaiblissement éternise la convalescence, et puis prédispose singulièrement aux rechûtes.

Les saignées locales conviennent moins bien que la phlébotomie dans le rhumatisme articulaire fébrile : car elles sont moins appropriées que celle-ci à une maladie évidemment générale et pour ainsi dire constitutionnelle. Si elles debarrassent l'articulation où elles ont été pratiquées, elles n'empêchent certainement pas le mal de se reproduire ailleurs; et si on les employait partout où les phénomènes arthritiques reparaissent, on risquerait d'exténuer le malade par cette poursuite peu sage d'une maladie qui fuit toujours devant un tel remède, et saute, sans s'éteindre, d'une région à l'autre. Cependant, si l'articulation rhumatisée est en proie à des douleurs tellement intolérables qu'il y ait des mouvemens convulsifs dans les muscles voisins, la saignée locale est indiquée, de nécessité absolue, au risque d'affaiblir un peu le patient : en ce cas, l'indication l'emporte sur la contre-indication. Au reste, on doit en cette occurrence opérer l'évacuation sanguine à l'aide de sangsues, préférablement aux ventouses scarifiées : car, de quelque manière qu'on applique ces instrumens, ils causent de la gêne et de la douleur; leur emploi sur une articulation déjà vivement endolorie sera incontestablement accompagné de souffrances aiguës, au point même de n'être pas supportables du tout.

Il est bon, la plupart du temps, d'appliquer des cataplasmes émolliens sur les articulations

douloureuses, mais il ne faut point s'en faire une règle universelle. Quelquefois il y a dans le rhumatisme, une telle production de chaleur, qu'on aurait grand tort de mettre obstacle par ces sortes de topique à la déperdition du calorique. Si, au contraire, l'impression du froid est vivement ressentie par les articulations malades, les cataplasmes sont alors indispensables.

Les bains tièdes sont, certes, bien indiqués dans une affection à phénomènes inflammatoires, telle que la fièvre rhumatismale : mais ils ont un grand inconvénient, celui d'exiger le double transport du malade, d'abord du lit à la baignoire, puis de la baignoire au lit ; et, si court que soit le trajet, il y a des cas où l'on ne peut pas même penser à ce moyen, tant quelquefois s'exaspèrent par le moindre mouvement les souffrances du rhumatisant ! D'ailleurs, les sueurs contre-indiquent l'emploi des bains : car, par elles, le malade se trouve, pour ainsi dire, constamment plongé dans un bain naturel. Encore une autre contre-indication : c'est que le malade peut se refroidir soit dans le bain même, soit au moment où il en sort, et qu'il court risque, par là, d'en tirer plus de mal que de profit. Il est vrai de dire que cette dernière contre-indication n'est basée que sur la supposition de négligence de la part des personnes chargées de soigner le malade : mais, enfin, le médecin doit tenir compte de toutes les circonstances possibles.

Les boissons doivent être fraîches, à l'encontre de la pratique ancienne, qui en administrait de très chaudes ; d'où résultaient un accroissement de transpiration et un excès de chaleur, double surcroît d'incommodité à la la position présente du malade, sans avantage aucun pour la marche ultérieure de la maladie. Si les sueurs sont extrêmement abondantes, et qu'il y ait à craindre de les répercuter par la trop brusque ingestion d'une boisson fraîche, on donnera cette boisson par petites rations, mais à fréquentes reprises ; par exemple, de demi-heure en demi-heure, ou même à de plus courts intervalles un tiers ou un quart de verre. De cette manière, on diminuera sans danger d'une subite répercussion l'incommode abondance des sueurs ; et, en remplacement de la diaphorèse, l'excrétion urinaire se trouvera augmentée. Les boissons que nous employons généralement à cette fin, sont le petit-lait, la décoction de chiendent ou de pariétaire, avec addition d'azotate de potasse (sel de nitre).

La température de la chambre du malade doit être moyenne, 12° Réaumur (15° centigr.).

Le lit doit être ferme plutôt que mou, car on évitera par là l'inconvénient majeur de le refaire trop souvent. Donc, point de lit de plumes. Et même, surtout en été, un sommier de crin est préférable aux matelas de laine : entre les draps et le sommier, on aura soin alors de placer une peau de maroquin, pour empêcher que le malade ne soit blessé par les crins qui, d'ordinaire, traversent leur toile d'enveloppe. De telles recommandations peuvent paraître minutieuses : mais, en médecine, souvent un ensemble de petites précautions n'est pas moins nécessaire au succès, que le déploiement des grandes ressources de l'art. Quand les douleurs sont très vives et deviennent atroces par le moindre dérangement de la position du corps, il faudrait toujours adopter ces lits mécaniques, où le malade peut être soulevé à l'aide de sangles, soit pour laisser refaire son coucher, soit pour satisfaire aux besoins naturels.

Les articulations affectées doivent être placées de manière à ce que l'afflux du sang n'y soit pas favorisé d'après la loi universelle de la pesanteur par le fait même d'une situation déclive. Par exemple : le poignet rhumatisé restera élevé sur un oreiller ou coussin. Mais nous n'en voulons pas dire davantage ; car, l'indication générale une fois posée, tout le monde saura bien en remplir, dans toute occurrence, les applications particulières.

Quant au régime alimentaire, comme la maladie doit durer le plus ordinairement quinze ou vingt jours, on ne doit point prescrire une abstinence aussi rigoureuse que dans la pneumonie. Au début, on devra certainement se borner à des boissons légèrement nutritives, comme le petit-lait, l'eau de gruau, etc. Mais, un peu plus tard, on permettra les gelées de fruits, les légumes herbacés, comme oseille, épinards, etc. Enfin, la fièvre une fois passée, on en viendra aux gelées animales, aux fécules, aux fruits rouges (si c'est la saison).

Vers le déclin de la maladie, il est bon alors de provoquer les sueurs, qui ne sont plus nuisibles comme dans le début : cela convient surtout si le malade n'est pas affaibli ; on hâte ainsi la terminaison de l'affection. Ce qu'il faut employer comme le plus sûr des moyens pour atteindre ce but, ce sont des bains de vapeurs.

Si, dans le cours de l'affection arthritique, survient une péricardite ou une pleurésie, il faut au plus vite combattre la phlegmasie intercurrente par les moyens appropriés, c'est-à-dire, par les saignées générales ou locales, et par une diète plus sévère.

Tels sont, suivant M. Chomel, les moyens les plus propres à modérer le rhumatisme articulaire aigu.

SECTION IV.

Description du rhumatisme articulaire chronique.

Les phénomènes du rhumatisme articulaire chronique ont, comme de raison, beaucoup d'analogie avec ceux du rhumatisme articulaire

aigu. Aussi, pour ne pas tomber dans d'oiseuses répétitions, ferons-nous de l'affection chronique une moins longue description que de l'affection aiguë. Nous nous appesantirons seulement sur ce que celle-là offre de particulier par opposition à celle-ci, et sur son traitement, sujet d'importance majeure pour le praticien.

Cullen proposait de désigner le rhumatisme articulaire chronique sous le nom d'*Arthrodynie* (de Ἄρθρον *articulation*, et Ὀδύνη douleur).

§ Ier.—Quelles sont les diverses formes du rhumatisme articulaire chronique?

Le rhumatisme articulaire chronique a deux formes très distinctes. Ou il succède au rhumatisme articulaire aigu, ou il se montre de prime abord avec ses caractères propres. Le dernier cas avait été révoqué en doute; mais la thèse (1) de M. Landré-Beauvais en a démontré la réalité par un choix d'observations recueillies à la Salpêtrière, et groupées sous le titre commun de *goutte asthénique primitive:* c'est, comme ce médecin l'a fort bien remarqué, la goutte de l'indigence.

On doit, d'ailleurs, distinguer deux variétés dans chacune de ces formes du rhumatisme articulaire chronique, savoir: le rhumatisme articulaire chronique léger, et le rhumatisme articulaire chronique intense.

§ II.—Du rhumatisme articulaire chronique léger.

Dans cette variété, il n'y a pas impossibilité de mouvoir le membre affecté, bien que les mouvemens en soient toujours plus ou moins douloureux. Il n'y a point non plus de rougeur, point de tuméfaction ni de déformation des articulations; point d'organes intérieurs ne sont pris; enfin, point d'appareil fébrile. Cette variété de rhumatisme est moins mobile, moins sujette à se déplacer, que le rhumatisme articulaire aigu léger: elle ne diffère vraiment de celui-ci que par son moindre degré de mobilité, et par sa durée.

Après avoir bien mis à part les rhumatismes articulaires aigus partiels qui, dès leur début, ou peu de temps après, manifestent leur acuité par un ensemble de symptômes violens, il serait plus rationnel de rattacher au rhumatisme articulaire chronique certains rhumatismes articulaires partiels, dits aigus, quoique sans phénomènes inflammatoires évidens.

Pour en revenir au rhumatisme articulaire chronique léger, disons enfin que au lieu d'un excès de chaleur, il produit souvent un constant sentiment de froid là où il siége: de là le nom de *fraîcheur* sous lequel le vulgaire le désigne, comme tant de rhumatismes musculaires.

Quant aux vicissitudes que cette affection présente dans sa marche, ce sont les mêmes que dans la seconde variété, dont nous allons nous occuper.

§ III.— Du rhumatisme articulaire chronique intense.

Lorsque le rhumatisme articulaire chronique est intense, il y a complète impossibilité de mouvoir l'articulation affectée, qui, d'ordinaire, est gonflée et déformée; on trouve tout autour de l'articulation maintes duretés et saillies, dues à des concrétions tofacées. Tant que la douleur est le seul obstacle au mouvement, il y a lieu d'espérer que cette immobilité forcée n'est que passagère, et qu'elle cessera avec la douleur. Mais, quand les concrétions tofacées entourent complètement l'articulation, le mouvement alors ne revient plus, et le rhumatisant demeure infirme pour toute sa vie. Il est vrai de dire que, si ces concrétions sont récentes, on peut quelquefois être assez heureux pour les résoudre et les diminuer un peu: mais, si elles sont de vieille date, la résolution n'en est plus possible. C'est surtout aux petites articulations, aux doigts et aux orteils, que l'on observe ces tofus, qui, quelquefois, amincissent et usent progressivement la peau par une sorte de compression de dedans en dehors, et finissent ainsi par se montrer à nu: mais même, en ce cas, on ne peut toujours les extraire; tant ils sont adhérens!

Quand le rhumatisme chronique, tout intense qu'il est là où il s'est fixé, doit néanmoins être réputé d'intensité médiocre à cause du petit nombre d'articulations qu'il aura envahies, ou du peu de réaction générale qu'il aura provoqué, la vie du malade n'est alors nullement compromise; le pire des résultats ne peut être qu'une infirmité incurable.

Mais, si le rhumatisme chronique sévit avec le plus haut degré possible d'intensité, s'il envahit à la fois un grand nombre d'articulations et qu'il détermine une violente fièvre, la mort peut certainement s'ensuivre; il est vrai qu'elle est moins le résultat du rhumatisme même que des phénomènes accidentels. Tantôt, ce sont des eschares qui se forment, à la suite d'un érythème (2), dans les points où porte constamment le poids du corps; il en résulte des ulcères incurables, la cause qui les a une fois produits

(1) *Doit-on admettre une nouvelle espèce de* goutte *sous la dénomination de* goutte asthénique primitive? *Thèse inaug.*, an VIII, n° 18.

(2) *Erythema paratrimma* de Sauvages (*Nosol. meth.*, class. I, gen. XI, sp. 6); du professeur Alibert (*Monogr. des Dermatoses*, t. I, p. 12); et de M. Rayer (*Tr. théor. et prat. des maladies de la peau*, t. I, p. 129).

subsistant toujours, et ne cessant de les entretenir et même de les étendre : or, le malade finit à la longue par succomber aux frais de la suppuration. Tantôt même, sans formation d'eschares et d'ulcères, la fièvre hectique rhumatismale peut consumer et éteindre la vie. Cette fin funeste est très rare dans la pratique civile, à cause des moyens artificiels dont le médecin peut alors disposer pour faire alternativement varier les points d'appui du corps, et pour prévenir par là les effets d'une pression prolongée : mais elle se rencontre assez fréquemment dans les hôpitaux destinés aux vieillards. M. Chomel n'a vu depuis sa thèse aucun cas de mort ; il en avait observé au moment où il préparait cette dissertation, parce qu'alors il demandait au Bureau Central qu'on lui envoyât les rhumatismes les plus chroniques, les gouttes les plus invétérées, maladies que les médecins n'envient guère dans leurs services, et qui par conséquent lui étaient adressées à foison sans aucune difficulté.

Dans le rhumatisme articulaire chronique, il y a fort souvent des exacerbations nocturnes, qui, soit dit en passant, se laissent très bien calmer par l'administration des opiacés.

Le cours des saisons exerce aussi, par la vicissitude des circonstances météorologiques, une notable influence sur les recrudescences et les rémissions de cette affection. Ce qu'il y a de plus mauvais, c'est un temps à la fois humide et froid : une atmosphère chaude et sèche produit, au contraire, un soulagement manifeste, sinon une guérison radicale.

Quant à la prétention que la plupart des rhumatisans ont de pressentir les mutations atmosphériques, un, deux, ou trois jours à l'avance, et d'être par là, pour ainsi dire, de vrais baromètres vivans, c'est souvent illusion pure. Depuis le mois de novembre 1812 jusqu'en avril 1813, M. Chomel observa particulièrement sous ce point de vue trente rhumatisans reçus, dans cet intervalle de temps, à l'hôpital de la Charité : il leur demanda qu'ils l'avertissent toujours des changemens de temps dont ils auraient d'avance le sentiment. Hé bien ! pas un seul ne pronostiqua juste d'une façon constante. Certes, ils ne se trompèrent pas toujours : force était bien que leurs pronostics se réalisassent quelquefois, ne fût-ce que par hasard. Mais tous se trompèrent bon nombre de fois, soit en prédisant à faux tel ou tel changement de temps, qui n'arrivait pas, soit en ne point annonçant de violens orages, qui devaient réellement advenir.

La durée du rhumatisme articulaire chronique est d'environ trois à quatre mois ; elle peut quelquefois se prolonger indéfiniment, surtout quand il y a eu formation de concrétions tofacées.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic sera favorable, et pourra promettre une complète guérison, si, malgré la fixité et la tenacité de la douleur, les articulations conservent la possibilité de se mouvoir. Si, au contraire, les articulations se trouvent déformées, entourées de tofus, et atteintes d'ankylose, il n'y a guère lieu d'espérer le retour des mouvemens : et, en tous cas, il ne convient point de fatiguer le malade par des médications nombreuses qui pourraient encore aggraver son état plutôt que le soulager ; mieux vaut abandonner le mal à la nature, dont les miracles sont ici bien plus à espérer que ceux de l'art. Quant à la terminaison par la mort, elle est excessivement rare ; elle n'est à craindre que dans ces cas exceptionnels où le malade, perclus de toutes ou presque toutes ses articulations, gît, pour ainsi dire, cloué sur son lit, et dépérit peu à peu par la formation d'eschares cutanées et par les progrès de la fièvre hectique.

§ V. — Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas toujours si facile qu'il n'y ait lieu à aucune incertitude ou à aucune méprise.

Les maladies dites *tumeurs blanches*, et les affections articulaires de nature syphilitique, peuvent être quelquefois confondues avec le rhumatisme articulaire chronique. Il est donc à propos de déterminer ici les signes différentiels.

Et d'abord, voici quels sont les moyens de distinguer le rhumatisme articulaire chronique d'avec la tumeur blanche. Si l'affection a débuté d'une manière aiguë ou subaiguë, si, surtout, plusieurs articulations se sont enflammées à la fois, et qu'elles soient encore actuellement tuméfiées, nul doute alors qu'on n'ait affaire à un rhumatisme : car une tumeur blanche ne s'endolorit que lentement et peu à peu, et, d'autre part, elle existe ordinairement seule ; ce n'est que dans un très petit nombre de cas que deux tumeurs blanches se développent à la fois sur le même individu. S'il n'y a qu'une seule articulation qui soit malade, on peut hésiter à la première vue : mais les circonstances commémoratives viendront éclairer le diagnostic, puisque, dans la grande majorité des cas de rhumatisme, le mal aura commencé par une marche aiguë, et qu'une seule articulation n'en sera devenue l'unique siége qu'après les souffrances simultanées ou successives de plusieurs autres articulations. Il serait, il est vrai, rigoureusement possible qu'un individu rhumatisant fût aussi prédisposé à une tumeur blanche, et que, chez lui, le rhumatisme antécédent eût servi, comme

cause occasionnelle, à mettre à effet cette fâcheuse prédisposition : et voilà même pourquoi beaucoup d'auteurs de chirurgie, et, entre autres, Boyer (*Tr. des Mal. chirurgic.*, t. IV, p. 500), ont signalé le *vice rhumatismal* comme une des causes les plus ordinaires des tumeurs blanches. Mais Boyer n'en insiste pas moins sur la distinction à faire entre la tumeur blanche rhumatismale et le rhumatisme goutteux (c'est ainsi qu'il nommait le rhumatisme articulaire): il trace avec soin le diagnostic différentiel de l'une et de l'autre affection. Très souvent, en effet, indépendamment des signes anamnestiques plus haut mentionnés, l'examen attentif des signes actuels fournis par l'articulation malade donnera un résultat positif. Dans le rhumatisme du genou, par exemple, si le gonflement est considérable, c'est qu'il y a épanchement de synovie : de là, fluctuation facile à percevoir, et déformation pour ainsi dire régulière de l'articulation en tumeur orbiculaire. Mais, dans la tumeur blanche, la fluctuation, s'il en existe, est bornée à un seul point, et la déformation est toujours très irrégulière. En outre, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'enflure, comme Boyer l'a fait judicieusement remarquer, ne présente pas, d'ordinaire, cette résistance élastique qui caractérise les tumeurs blanches.

Il est beaucoup plus difficile de distinguer les affections articulaires syphilitiques d'avec les affections rhumatismales. Dans l'un et l'autre cas, plusieurs articulations peuvent être malades à la fois. Vous verrez bien, à la vérité, dans les livres des syphilographes, que les tumeurs développées dans les os longs par suite de l'infection vénérienne ont leur siége dans le corps de l'os et non dans les extrémités articulaires. Mais cela n'est pas entièrement exact. Quelquefois la syphilis attaque les extrémités des os longs : c'est un cas rare, à la vérité, mais enfin il est réel. Il est donc important de signaler quels indices, en une telle occurrence, pourront servir à dévoiler la nature du mal. Sans doute, l'articulation peut, comme dans le rhumatisme, offrir à la fois douleur, tumeur, rougeur et chaleur: mais, d'ordinaire, ces quatre caractères de l'état inflammatoire ne résident point dans la totalité de l'articulation, et se trouvent confinés dans quelque région partielle; ils siégeront, par exemple, exclusivement sur l'acromion, sur une seule tubérosité du coude, sur une seule apophyse styloïde au poignet, sur un seul condyle fémoral au genou, sur une seule malléole au coude-pied, etc. Il faut pourtant excepter le cas dans lequel l'affection syphilitique de l'extrémité articulaire détermine consécutivement un épanchement synovial; alors il y a tuméfaction générale de toute l'articulation, mais la douleur encore ne se fait principalement sentir que dans un point particulier. De plus, à égalité de souffrances, le rhumatisant ne pourra remuer le membre malade; le vérolé, au contraire, gardera tous ses mouvemens, leur exécution n'augmentant que peu ou point la douleur. Enfin, une fois le soupçon éveillé, les circonstances anamnestiques révèleront au médecin, chez les pseudo-rhumatisans (qu'on me passe cette expression), l'existence antérieure de maladies vénériennes, comme blennorrhagies, chancres, bubons, etc. L'erreur, certes, aura été possible dans le début du traitement : mais, vu l'insuccès absolu des sangsues, des opiacés, et des autres moyens par où l'on parvient d'ordinaire à calmer, sinon à guérir, les douleurs rhumatismales, on songera à essayer le mercure, si ce métal n'a pas été administré contre des phénomènes primitifs d'infection vénérienne, ou bien, encore, s'il ne l'a pas été en quantité suffisante. Si l'hydrargyrose a été employée sans succès, et jusqu'à l'abus, on devra encore espérer de réussir à l'aide d'autres médications: avec le rob de Laffecteur, par exemple, et surtout avec la tisane de Feltz, laquelle est indubitablement un excellent anti-syphilitique pour les individus saturés de mercure, et a pour principe actif, à ce que pense M. Chomel, l'arsenic contenu en très petite proportion dans l'antimoine cru (sulfure d'antimoine) (1), avec lequel on la prépare.

Ainsi donc, dans la grande majorité des cas, ne fût-ce que par le succès du traitement, qui, suivant la pensée d'Hippocrate, dévoile la nature du mal, un médecin habile parviendra, tôt ou tard, à distinguer les affections syphilitiques des articulations et les rhumatismes articulaires chroniques.

§ VI. — Anatomie pathologique.

Que trouvons-nous à l'autopsie des rhumatismes articulaires chroniques? Si l'articulation n'a encore subi aucune déformation, le plus souvent on n'y rencontre point de lésion appréciable, au grand désappointement de l'anatomo-pathologisme. Il est vrai qu'en pareil cas la mort doit être moins attribuée au rhumatisme qu'aux eschares produites par la prolongation forcée du décubitus horizontal, ou bien à d'autres maladies intercurrentes. Quelquefois pourtant on trouve des lésions curieuses.

M. Chomel a rencontré, sur un rhumatisant mort à l'hôpital de la Charité, une lésion fort remarquable, dont nul autre auteur n'a parlé. Chez ce cadavre, la membrane synoviale était détachée, et soulevée de dessus la surface de l'os, et, de plus, elle était parsemée de trous

(1) Voir les *Élémens de chimie* d'Orfila, 6e édition, t. II, p. 144 et 158.

ronds depuis une demi-ligne jusqu'à une ligne et demie de diamètre, comme si on l'eût percée avec un emporte-pièce. Dans les points correspondant à ces trous, le tissu compacte de l'os était entièrement détruit; le tissu spongieux restait seul, et il était rougeâtre, mais non pourtant ramolli comme dans la carie : la cavité médullaire de l'os contenait une sérosité sanguinolente. Voici l'observation entière:

XXe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire chronique. Causes prédisposantes : hérédité, habitation dans des lieux humides. Cause déterminante : exposition à l'humidité. Durée : quatre mois. Décubitus forcé. Eschares au coccyx et au trochanter gauche. Mort. — *Autopsie :* ULCÉRATIONS DANS L'INTÉRIEUR DES ARTICULATIONS: INFILTRATIONS SANGUINES SOUS LA MEMBRANE SYNOVIALE.

Le 4 mai 1812, entra à l'hôpital de la Charité, salle St-Louis, no 76, Louis Chupin, âgé de 52 ans, marié, journalier, issu de parens rhumatisans ; il avait un frère et une sœur sujets également au rhumatisme. Doué d'une constitution faible et maigre, d'une stature grande, il offrait les attributs extérieurs du tempérament sanguin et nerveux. Dans sa jeunesse, il avait eu une assez faible santé : pendant long-temps il avait eu de fréquentes hémorragies nasales : il avait, plusieurs fois aussi, contracté la maladie vénérienne, pour laquelle il avait d'ailleurs subi un traitement convenable. De 19 à 21 ans, il avait servi dans un régiment de cavalerie, puis avait été nommé garde des forêts et avait conservé cette place jusqu'à l'époque de la révolution. Depuis ce temps il a été contraint de faire le métier de journalier pour gagner sa vie. Depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge de 40 ans, il avait fait beaucoup d'excès de libertinage et d'ivrognerie ; il avait fréquemment, et dernièrement encore, habité des lieux bas et humides. Il est encore à remarquer que peu de temps avant de tomber malade il avait éprouvé beaucoup de chagrins.

Vers la fin de janvier 1812, après s'être exposé à l'humidité dans un lieu bas, non carrelé et sans fenêtres, cet homme fut pris d'un torticolis, auquel succédèrent des douleurs d'abord dans les muscles de l'omoplate, puis dans les articulations des épaules et des hanches, puis aux bras et aux genoux. Depuis leur apparition jusqu'au mois de mai, elles se sont fait sentir constamment, excepté environ huit jours, pendant lesquels elles ont complètement cessé ; mais elles ont bientôt reparu, et leur intensité a graduellement augmenté jusqu'au moment où le malade est entré à l'hôpital.

(1) Recueillie par M. Chomel.

Examiné le lendemain, 5 mai, il a offert les symptômes suivans.

La douleur occupait les articulations des hanches, des genoux, des coude-pieds, et celles qui unissent ensemble les os du tarse et du métatarse, ainsi que les épaules, les coudes, les poignets et les jointures de la main ; cette douleur était comparée à un picotement continuel dans les articulations malades ; c'était, au rapport du malade, une sorte d'arrachement dans les paroxysmes; elle se faisait sentir profondément, et occupait tantôt un point de l'articulation et tantôt un autre. Dans le repos absolu, la douleur en général était légère, mais dans le mouvement spontané, elle devenait extrêmement vive. La nuit n'avait pas une influence marquée sur le retour et l'intensité des paroxysmes, qui revenaient irrégulièrement. Les temps froids et humides augmentaient fréquemment les douleurs, mais pas constamment : la pression extérieure était fort douloureuse dans la plupart des articulations et notamment dans celle du genou.

Cette dernière articulation seule était quelquefois le siége d'une sensation de chaleur : dans les autres la température était absolument la même, pour le malade, que dans le reste du corps.

Il n'y avait de gonflement qu'aux genoux, aux malléoles et aux coudes: aucune de ces parties ne présentait de rougeur.

Les muscles des membres étaient atrophiés, ceux des jambes surtout. Le mouvement partiel était considérablement gêné : le mouvement général l'était bien davantage encore, et le malade ne pouvait ni se lever, ni même changer de position dans son lit.

Quant aux symptômes généraux, la face était peu altérée ; l'amaigrissement, considérable; la digestion et la respiration étaient en bon état ; le pouls à peu près naturel ; il y avait fréquemment des sueurs générales, provoquées par des boissons chaudes, et sans soulagement. Le sommeil était fort court à cause de la gêne produite par l'immobilité forcée et par l'impossibilité de prendre une nouvelle position.

Le 9 mai, la douleur la plus vive occupait les malléoles ; la pression extérieure y était fort douloureuse, et néanmoins le mouvement n'était pas plus pénible que précédemment.

Le 15 mai, il parut, aux tégumens qui recouvrent le coccyx et le trochanter gauche, des taches livides, produites par la pression constante du corps sur ces parties. Les jambes commencèrent à s'infiltrer : la soif augmenta ; le pouls devint fréquent, la peau chaude et même un peu âcre au toucher, les sueurs un peu moins abondantes ; les mouvemens étaient toujours très douloureux.

Le 22 mai, deux larges eschares s'étaient formées sur le coccyx et sur le trochanter gauche,

comme on l'avait craint lorqu'on avait vu paraître les taches dont nous avons parlé.

L'affaiblissement qui avait fait des progrès rapides depuis l'apparition des eschares, augmenta encore; et le malade mourut le 25 mai, vingt et un jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie.

L'articulation scapulo-humérale gauche ayant été ouverte, la tête de l'humérus a offert plusieurs petites ulcérations rougeâtres : une, arrondie, placée à la partie moyenne et antérieure de cette apophyse; deux autres, semi-lunaires, se touchant par une de leurs extrémités. Une autre lésion plus remarquable était celle que présentait la capsule synoviale, à l'endroit où le col de l'humérus s'unit à la tête de cet os : cette membrane était en quelque sorte corrodée en plusieurs endroits ; on l'enlevait par une traction légère, et l'os placé au dessous n'avait plus de lame compacte à sa surface; il présentait à nu le tissu spongieux, imbibé de sang et différent d'un os carié par la solidité qu'il avait conservée. La cavité glénoïde était saine.

L'articulation de l'épaule droite offrait les mêmes lésions, mais à un degré plus considérable encore; la membrane synoviale qui recouvre le col de l'humérus, était détruite, ou percée de trous inégaux, parfaitement circulaires, et très nombreux; à peine avait-elle conservé son intégrité dans deux petites portions. L'os lui-même présentait la même lésion dont nous avons parlé pour l'humérus gauche. La cavité glénoïde offrait deux ecchymoses assez larges près de son rebord fibro-cartilagineux.

Le coude gauche contenait un peu de liquide séro-sanguinolent; l'olécrâne, et le condyle de l'humérus (petite tête articulaire), offraient, l'un et l'autre, une ulcération rouge qui avait détruit la membrane synoviale, le cartilage et la lame compacte des os; le tissu spongieux de ceux-ci était à nu, comme sur le col de l'humérus; le cartilage s'amincissait peu à peu autour de ces ulcérations, il n'était pas taillé à pic comme chez le malade de la XXIe observation.

Le coude droit présenta absolument les mêmes lésions, avec cette seule différence que cette articulation contenait un peu de sang coagulé, tandis que l'autre n'avait offert que de la sérosité sanguinolente.

Au poignet gauche on remarqua seulement une couleur rouge livide du tissu cellulaire et des ligamens qui recouvrent la membrane synoviale de l'articulation radio-carpienne.

Le poignet droit était sain, ainsi que les articulations des doigts de l'une et de l'autre main.

L'articulation de la hanche gauche a offert les lésions suivantes : 1° A la partie supérieure et interne de la tête du fémur, il y avait une ulcération qui occupait la membrane synoviale et le cartilage, mais qui n'avait détruit qu'une partie de l'épaisseur de ce dernier, en sorte que l'os n'était pas à nu; le cartilage était détruit inégalement, de manière à rendre rugueuse la surface de cette ulcération; les parties voisines de ce point offraient une couleur rouge livide, qui disparaissait peu à peu en s'éloignant de l'endroit ulcéré. 2° La cavité cotyloïde était un peu rouge, et offrait au dessous du ligament inter-articulaire une ulcération plus profonde que la première; l'os y était à nu.

La hanche droite a présenté seulement des taches semblables à des ecchymoses.

Le genou gauche, mis à nu, a permis de voir un épanchement sanguin peu considérable entre la capsule synoviale et la partie antérieure de l'extrémité inférieure du fémur, au dessus de l'endroit où finissent les cartilages articulaires : le tissu compacte de l'os avait disparu, et le tissu spongieux était à nu.

Même lésion, mais moins considérable, dans l'articulation fémoro-tibiale droite.

L'articulation du pied gauche contenait environ une cuillerée de sang à moitié coagulé; l'extrémité du tibia était dénudée à sa partie antérieure, immédiatement au dessus de la surface revêtue du cartilage; la partie correspondante de l'astragale offrait une altération semblable (la même qui avait été observée au col de l'humérus); le tissu cellulaire extérieur à la surface articulaire était imbibé de sang.

A l'articulation du pied droit, il y avait de semblables ecchymoses dans le tissu cellulaire; l'extrémité du péroné était dépourvue de son cartilage, le tissu spongieux était à nu et plus facile à couper que dans l'état sain; le tibia n'était pas altéré, toute la surface interne de l'articulation offrait une couleur rouge.

Les viscères du thorax et de l'abdomen, examinés successivement, n'ont offert aucune trace de maladie.

Quelquefois, on trouve, à la place des cartilages articulaires, un tissu cellulo-vasculeux : au lieu de cette couche nacrée qui revêt, à l'état normal, les extrémités articulaires des os, on voit des bourgeons charnus qui se détachent de la substance osseuse, et souvent il ne reste nulle trace du tissu cartilagineux. On rencontre aussi une destruction, ou ulcération superficielle, du cartilage articulaire sans développement de végétations cellulo-vasculeuses : l'os est à nu, ou peu s'en faut; cette dénudation n'a pas lieu, en général, dans toute l'étendue de l'extrémité articulaire; mais elle représente de petites perforations irrégulièrement circulaires d'une ligne à une ligne et demie de diamètre. M. Chomel est porté à considérer cette lésion comme consécutive à celle

que nous venons de mentionner immédiatement auparavant. Les observations suivantes font foi de ce que nous avançons dans cet alinéa.

XXIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme musculaire et articulaire chronique. Nulle prédisposition héréditaire. Invasion première, à l'âge de soixante-deux ans. Causes probables : passage d'une condition aisée à un travail pénible, immersion habituelle des jambes dans l'eau, séjour dans les caves. Après quatre ans de retours et d'intermittences sans altération notable de la santé générale, l'affection rhumatismale devient plus forte : elle oblige le malade à s'aliter. Amaigrissement et affaiblissement progressifs. Mort.—*Autopsie :* muscles sains, articulations plus ou moins rouges : dans une articulation, CARTILAGE PERFORÉ comme avec un emporte-pièce.

(Hôpital de la Charité, salle St-Louis, n 58.) — Jean Alzin est né dans l'Alsace (contrée sèche et sablonneuse), de parens non rhumatisans. D'une constitution primitivement forte, il n'a jamais eu de glandes engorgées, jamais d'hémorrhagies spontanées, jamais de maladies vénériennes, jamais de dartres : il eut une seule fois la gale, qu'il ne garda qu'une quinzaine de jours, et dont il fut bien guéri. Il resta en Alsace jusqu'à l'âge de dix-huit ans, puis il vint à Paris, et s'y plaça en qualité de domestique dans une maison où il resta fort long-temps. A vingt ans, il se fit saigner et purger par précaution, et se fit répéter, tous les ans au printemps, ces évacuations jusqu'à l'âge de trente ans. A cette epoque, il renonça à cette coutume, et dès l'année suivante il commença à sentir une pesanteur de tête qui persista durant environ dix-huit mois, et qui céda ensuite peu à l'emploi des pédiluves chauds et à un régime moins nourrissant que d'habitude. Depuis, il jouit d'une santé constamment bonne, jusqu'à cinquante-sept ans. Alors, il fut obligé de changer d'état, ses maîtres ayant été privés de leur fortune. Il se mit à travailler à la journée comme garde de bateau, et il fut alors obligé d'avoir presque toujours les jambes dans l'eau. Trois ans après, il fut forcé d'abandonner ce genre de travail, à raison d'un gonflement qui lui survint aux jambes, et d'ulcères qui succédèrent à ce gonflement, et qui ne guérirent qu'au bout de quinze mois, pendant lesquels il avait été obligé de garder la chambre. Quand il fut guéri, il fut employé à mettre du vin en bouteilles, et fit ce métier pendant deux ans sans ressentir aucune douleur. Mais enfin, au bout de ces deux années de séjour habituel dans l'humide atmosphère des caves, il commença à sentir (il était alors âgé de soixante-deux ans) des douleurs vagues dans le milieu de la cuisse et dans les malléoles. Ces douleurs devenaient tour-à-tour plus fortes, tantôt dans un point, tantôt dans un autre : elles n'étaient ni fixes ni constantes ; la pression semblait les adoucir ; la marche les exaspérait avant que le membre fût échauffé ; quelquefois la douleur éclatait tout-à-coup dans la cuisse, et forçait Alzin à interrompre sa marche jusqu'à ce que le paroxysme fût calmé. Ces rhumatismes augmentaient et diminuaient par intervalles, sans que la maladie considérée en masse fît des progrès bien sensibles. Alzin n'a jamais remarqué que les exacerbations correspondissent à l'état humide et pluvieux de l'atmosphère, mais bien au souffle du vend du nord et au retour du froid. Les douleurs disparaissaient presque entièrement l'été et revenaient à l'automne. D'ailleurs, dans les quatre premières années de cette affection rhumatismale, toutes les fonctions principales de l'économie s'accomplissaient bien, et Alzin n'interrompit pas son état. Il y a dix-huit mois environ (en 1810), à l'entrée de l'automne, les douleurs reparurent avec plus de force, et obligèrent le malade à suspendre son travail : elles se firent surtout sentir dans les cuisses, et plus rarement dans les jambes : elles étaient quelquefois assez vives pour faire pousser des cris ; d'ordinaire, elles s'exaspéraient la nuit. L'été suivant (1811), elles ne diminuèrent pas comme dans les années précédentes ; et, à l'automne de la même année, elles se firent sentir pour la première fois dans les épaules et dans les bras jusqu'au coude ; mais jamais elles n'ont occupé l'avant-bras, quoique le mouvement des doigts soit gêné et incomplet.

Alzin entra à l'hôpital le 11 décembre 1811, obligé qu'il était de garder le lit presque constamment, à raison de l'intensité de ses douleurs. Il commença dès-lors à maigrir et à s'affaiblir, tous les remèdes employés ayant été infructueux. Les douleurs ne se faisaient pas constamment sentir quand le malade demeurait en repos : elles lui laissaient même souvent des heures entières de répit : quand elles se manifestaient, elles débutaient faiblement, puis devenaient de plus en plus vives, puis disparaissaient lentement en diminuant peu à peu d'intensité. C'est toujours par le milieu de la cuisse qu'elles commençaient : elles s'y faisaient surtout sentir en dessus et en dessous, et beaucoup moins sur les parties latérales : elles se propageaient en haut jusqu'à l'aîne, et en bas jusqu'au genou et vers le pied : d'ordinaire, les deux cuisses étaient prises en même temps ; quelquefois, une seule souffrait : quand les douleurs avaient cessé dans les membres inférieurs, elles se montraient dans les épaules : jamais elles n'ont existé à la fois dans les mem-

(1) Recueillie par M. Chomel.

bres supérieurs et dans les inférieurs. Le malade les comparait tantôt à un trait qui aurait traversé très lentement les parties, tantôt à un déchirement circulaire tel qu'en produirait un vilebrequin, à un *tortillement de nerfs*. La pression extérieure n'augmentait pas la souffrance: il en était de même des mouvemens que l'on communiquait aux membres, sans que le malade y contribuât par la contraction des muscles de la région souffrante. Mais, s'il s'agissait d'exécuter un mouvement spontané du bras ou de la cuisse, la douleur s'exaspérait. La marche ne pouvait avoir lieu sans un appui étranger; elle était très douloureuse en commençant, puis elle le devenait moins en se continuant quelque temps. La nuit, les paroxysmes étaient plus aigus que le jour, et séparés par de moins longs intervalles. Nulle rougeur, nul gonflement dans les parties souffrantes. Appétit bon, digestion facile, selles régulières. Léger catarrhe pulmonaire. Pouls à peu près naturel. Jamais de sueur. Urine facile. Intégrité des facultés intellectuelles. Pas de sommeil à cause des douleurs et de la toux.

Au mois d'avril 1813, l'amaigrissement et l'affaiblissement avaient fait d'immenses progrès: les membres étaient décharnés.

Le 8 mai, le malade est tombé dans un affaiblissement remarquable: il n'a plus paru se plaindre des membres, mais seulement du bas-ventre. Une tumeur arrondie dans cette région a fait soupçonner l'accumulation de l'urine dans la vessie. Cathétérisme: écoulement de trois pintes d'urine trouble et fétide.

Les jours suivans, urine également fétide: symptômes adynamiques (typhoïdes). Mort le 12 mai.

AUTOPSIE.

Vessie grisâtre à l'intérieur, à cause de la couche purulente qui revêt la membrane muqueuse, et qui, étant écartée, laisse voir de petites granulations inégales de forme à peu près arrondie. Epaississement considérable de la membrane muqueuse et de la membrane musculaire: en quelques endroits, les parois vésicales ont jusqu'à deux lignes d'épaisseur. L'urine contenue dans la vessie était extrêmement fétide.

Muscles sains.

L'articulation iléo-fémorale gauche a offert de la rougeur en deux endroits, savoir: 1° auprès de l'insertion du ligament inter-articulaire dans la cavité cotyloïde; 2° vers le contour de la capsule articulaire.

Dans l'articulation fémoro-tibiale, la rougeur était plus générale: elle était surtout très-marquée sur les parties non osseuses; les ligamens croisés étaient d'une rougeur livide ou pourpre. La rougeur paraissait avoir son siége dans le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane synoviale, et dans les expansions fibreuses qui viennent y aboutir. En quelques endroits la surface articulaire paraissait inégale et comme déchirée: et le tissu cellulaire, rouge et enflammé, semblait concourir à former une partie de la cavité articulaire, et suppléer au défaut de la membrane synoviale.

Rougeur plus foncée dans les articulations de la hanche et du genou du côté droit. A la partie externe de la cavité cotyloïde droite, on a trouvé un petit espace triangulaire, à angles arrondis, où le cartilage semblait s'être transformé en une substance molle et rougeâtre: les trois côtés de ce triangle avaient chacun environ dix lignes de longueur; l'un correspondait au rebord de la cavité cotyloïde, les deux autres se réunissaient en se portant vers le centre de cette cavité. Après avoir enlevé, en grattant, la couche rougeâtre, on vit que le cartilage manquait en cet endroit comme s'il eût été détruit avec un emporte-pièce; l'os se trouvait à nu, mais pourtant non carié. Un peu plus haut, on observa encore une autre petite tache semblable.

L'articulation de l'épaule droite a offert seulement un peu de rougeur. Celle de l'épaule gauche en a offert beaucoup plus; il y avait de la lividité en dessous de la tête de l'humérus, dans une longueur d'un pouce sur trois lignes de largeur.

Peu de rougeur au coude droit: un peu plus aux poignets, très peu aux doigts. Rougeur très marquée dans les articulations du pied avec la jambe, et de l'astragale avec les os de la seconde rangée du tarse, mais non dans celles des orteils.

XXIIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire. Pour la première fois, à l'âge de 76 ans. Nulle prédisposition héréditaire. Cause probable: marche forcée. Persistance pendant environ quatre mois et demi. Sur la fin, diarrhée, catarrhe pulmonaire, phénomènes adynamiques. Mort.—*Autopsie:* CARTILAGE PERFORÉ dans le genou droit: dans toutes les articulations, affectées ou non, rougeur des parties ligamenteuses, teinte jaunâtre des cartilages.

Le 9 décembre 1812, est entré à la Charité, salle St-Louis, n° 61, Philippe Drumel, autrefois cuisinier, aujourd'hui sans état, âgé de 76 ans.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution autrefois forte, mais affaiblie par le progrès des années, offre aujourd'hui des membres grêles entre des jointures volumineuses. Il a joui d'une bonne santé dans son enfance et dans sa jeunesse, et n'a eu que quelques maladies accidentelles. Jamais, jusqu'à présent, il n'avait eu de douleurs rhuma-

(1) Recueillie par M. Chomel.

tismales. Ni son père ni sa mère n'avaient été rhumatisans.

Il y a trois semaines, il alla de Paris à Versailles en voiture ; il en revint le soir à pied, et fut extrêmement fatigué. Il n'avait senti de froid en aucun moment, car le temps était sec et beau. La nuit suivante, il éprouva d'abord un peu de douleur dans le genou gauche : il se leva néanmoins le lendemain matin, et fit ses affaires comme à l'ordinaire, sa douleur étant alors modérée et supportable, mais ayant graduellement augmenté depuis cette époque. Quatre ou cinq jours après l'invasion de cette légère douleur au genou gauche, le genou droit devint douloureux aussi ; et cette dernière douleur a successivement augmenté, de manière cependant à être toujours plus faible que l'autre. Depuis sept à huit jours, le malade a été obligé de rester dans sa chambre, où il ne faisait quelques pas qu'avec beaucoup de douleur, et à l'aide d'un bâton.

Le 10 décembre, à la visite, voici l'état du malade. Les articulations des deux genoux sont endolories en totalité, sans gonflement ni rougeur, ainsi que la partie inférieure-antérieure des cuisses. Le patient compare sa douleur à un coup de stylet qui s'enfoncerait dans l'articulation en la traversant depuis la rotule jusqu'au jarret. Cette douleur disparaît par le repos, et ne se fait sentir que dans le mouvement : il y a néanmoins un sentiment continuel de malaise local, qui ne laisse jamais oublier au malade que ces parties sont rhumatisées. La douleur est la même nuit et jour, que le malade soit debout ou couché : la chaleur extérieure ne la diminue pas, mais est agréable : le froid, sans augmenter la douleur, se fait sentir plus vivement au genou qu'au reste de la cuisse. La pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre augmente la douleur à peu près de la même manière que le fait la traction de la rotule, de la jambe ou de la cuisse. Le malade déclare avoir observé que les changemens atmosphériques étaient sans influence sur ses douleurs. La chaleur générale de la peau s'élève un peu par intervalles : pouls un peu plus fréquent que dans l'état naturel. Faim et digestion dans l'état sain : légère constipation. Respiration libre. Sommeil assez bon.

Jusqu'au 29 décembre, les douleurs siégèrent exclusivement dans les genoux avec des variations d'intensité qui ne correspondirent régulièrement à aucune vicissitude barométrique ou thermométrique, ni à aucun autre phénomène météorologique.

Le 29, les douleurs occupèrent les plantes des pieds et les talons, et diminuèrent notablement dans les genoux. Point de changement remarquable pendant environ un mois.

A partir du 19 janvier 1813, catarrhe pulmonaire, diarrhée, et diminution notable des douleurs rhumatismales.

Le 21, douleurs dans les malléoles.

25 janvier. Diarrhée, catarrhe, langue brunâtre, figure animée, ventre plat, pouls fréquent, assoupissement, douleurs rhumatismales peu intenses.

26 janvier. Même état, et, de plus, douleurs dans les hanches.

27 janvier. Langue sèche ; selles involontaires, quoique le malade s'en aperçoive ; écoulement également involontaire des urines ; pouls fréquent, très irrégulier, avec quelques intermittences ; peau sèche ; quelques soubresauts des tendons ; grande prostration ; décubitus dorsal ; assoupissement.

29 janvier. Agonie et mort.

AUTOPSIE.

Dans le genou droit, on a remarqué à la partie antérieure du fémur un petit enfoncement irrégulier à peu près d'une ligne de diamètre : en coupant là une tranche du cartilage articulaire, ce cartilage a paru perforé ; et la portion qui restait au dessous de la perforation, était altérée, ramollie et rougeâtre jusqu'à l'os, lequel était demeuré sain : les cartilages offraient, dans les parties qui se touchent, une teinte jaunâtre comme s'ils fussent restés longtemps exposés à l'air : les ligamens croisés étaient un peu rougeâtres.

Toutes les autres articulations, même celles qui n'avaient jamais été affectées, ont présenté à peu près les mêmes altérations de couleur, mais point d'enfoncement pareil à celui que nous venons de signaler.

Les deux articulations fémoro-tibiales contenaient beaucoup de synovie.

Nulle altération dans les poumons ni dans les intestins.

Morgagni (Ep. LVII, 14), Latour d'Orléans (*Thès. inaug.*), Pinel (*Nosogr. philos.* Goutte, § 1er) ont rapporté des faits analogues.

Les lecteurs auront, sans doute, déjà remarqué que, indépendamment des lésions que les membranes synoviales, les cartilages et les extrémités osseuses ont présentées dans les cas observés par M. Chomel, il y avait, en outre, une infiltration de sang dans les tissus cellulo-fibreux exterieurs à la membrane synoviale : les parois intérieures de la cavité articulaire offraient une couleur noirâtre, due à cette *hypérémie* sous-synoviale ; au genou et à la hanche, les ligamens inter-articulaires offraient la même apparence.

Voilà bien certainement des lésions qui paraissent de nature inflammatoire, et qui paraissent également se lier au rhumatisme articulaire chronique : mais, puisqu'elles ne se lient pas constamment à cette affection, elles ne peu-

vent donc en être réputées la cause anatomique ; elles en sont l'effet, suivant toute probabilité ; et encore n'en sont-elles pas un effet immédiat, ainsi que M. Chomel l'a déjà remarqué dans sa *Thèse inaug.* (p. 66).

Quelquefois, ce n'est pas seulement au dessous de la membrane synoviale qu'on a trouvé la preuve d'un afflux de sang : c'est dans l'intérieur même de l'articulation qu'on a trouvé du sang liquide épanché et des caillots (Rostan et Ferrus, *Dic. de Méd.* en 21 vol., art. *Goutte*, t. X, p. 321).

Nous ne parlons pas de la suppuration, parce qu'on n'a jamais prétendu en avoir trouvé dans le rhumatisme articulaire chronique. Il n'y a donc pas ici lieu à une controverse sur ce sujet, comme à l'égard du rhumatisme articulaire aigu.

Quant aux concrétions tofacées, dont nous avons déjà parlé dans la description des symptômes, disons d'abord qu'elles ne se montrent que dans un assez petit nombre de cas, et qu'elles paraissent ainsi requérir comme condition de leur formation une idiosyncrasie spéciale indépendamment des conditions générales de la diathèse arthritique ou goutteuse. L'auteur qui, à ma connaissance, s'est attaché le plus à l'étude de ces concrétions, Scudamore, dit ne les avoir rencontrées, sur deux cent-six cas de goutte, que chez vingt et une personnes (*Traité de la Goutte et du Rhumatisme,* Causes prochaines). Ce n'est donc pas sans raison que quelques-uns de nos devanciers avaient décrit la goutte tofacée comme une espèce particulière. Quoi qu'il en soit, ces concrétions se présentent à l'observation dans les points les plus divers des régions articulaires, depuis l'intérieur même de l'articulation jusque dans les couches de la peau, et quelquefois même immédiatement sous l'épiderme prêtes à s'échapper.

Le *Sepulchretum* de Th. Bonet nous atteste, par plusieurs exemples, l'existence des concrétions tofacées dans l'intérieur des articulations (Lib. IV, sect. VIII).

Morgagni (Ep. XL, art. 2.) rapporte que dans le cadavre d'un prêtre goutteux la matière *tartreuse*, d'un blanc jaunâtre, fut trouvée par Valsalva au dessous de la peau, *in membranâ tendines obvolvent.*

Le même auteur a vu, chez un noble vénitien, les concrétions tofacées distendre la peau aux articulations des doigts, et faire saillie au dehors, ainsi que l'avait dit anciennement Cælius Aurelianus. « *Cutem distendunt atque » erumpendo prominent, et chirurgiâ detrahuntur.* » (*Morb. chron.*, l. V, c. 2.)

Rien ne serait plus aisé que de multiplier les témoignages à l'égard de la diversité de siége des concrétions arthritiques.

Est-ce à dire que la sécrétion morbide dont l'épaississement et l'accumulation constituent ces concrétions, s'opérerait indifféremment dans tous les tissus de la région articulaire ? Ne serait-ce pas plutôt que ces concrétions, primitivement et uniquement formées dans les tissus fibreux, irriteraient et ulcéreraient les tissus circonvoisins, et se feraient ainsi jour en s'agrandissant, soit du côté de la peau, soit du côté de la cavité articulaire ? Ce qu'il y a de bien certain, c'est que dans les cas où les tofus peuvent être extraits par l'incision chirurgicale ou par l'ouverture ulcérative de la peau, la cavité articulaire n'est pas par cela même ouverte et accessible à l'air extérieur. On est donc bien en droit d'en conclure, ce me semble, que les tofus ne se produisent pas dans la cavité articulaire, et que, lorsqu'on les y rencontre, ils y ont pénétré par le même mécanisme suivant lequel ils se font si souvent jour à travers la peau : c'est que, dans un cas, ils marchent et s'étendent de dedans en dehors, et, dans l'autre cas, de dehors en dedans. C'est une preuve de plus que Fernel a le premier, je crois, fait valoir (*De partium morbis*, lib. VI, c. 18), à l'appui de l'opinion qui place dans les tissus fibreux le siége primitif et idiopathique des affections dont nous traitons dans ce livre.

Ce n'est que depuis 1797 que l'on a connu la nature chimique des concrétions arthritiques. A cette époque, Tennant en fit l'analyse, et trouva qu'elles étaient formées d'urate de soude et d'un peu de matière animale. Fourcroy confirma cette découverte, et la consigna dans son *Syst. des conn. chim.* (t. X, pag. 265). En 1813, M. Vogel signala, en outre, dans une concrétion arthritique qu'il eut occasion d'analyser, l'existence d'une certaine quantité d'urate de chaux et d'un peu de chlorure de sodium (*Bulletin de pharmacie*, t. III, p. 568). Enfin, plus récemment encore, Laugier en examina une qui avait été extraite de l'articulation tibio-fémorale d'un goutteux, et en sépara 2 parties d'acide urique, 2 d'urate de soude, 1 d'urate de chaux, 1 de chlorure de sodium, 2 de matière animale, et 2 d'eau (*Journal de Chimie médicale*, t. Ier, p. 6). Il résulte donc bien évidemment de toutes ces analyses que l'acide urique, soit libre, soit combiné avec une base, prédomine dans les concrétions arthritiques, et en constitue le principal caractère.

SECTION V.

Traitement du rhumatisme articulaire chronique.

Passons maintenant à l'exposé des moyens de traitement qu'il convient d'employer contre le rhumatisme articulaire chronique, tant sous la forme intense que sous la plus légère. Nous aurons, à ce propos, à signaler quelques-uns des moyens précédemment conseillés contre le rhumatisme musculaire chronique : car, iné-

vitablement, l'affinité des maladies entraîne celle des médications.

§ Ier. — Traitement curatif.

Ce traitement est ou externe ou interne.

Le traitement externe, à lui seul, embrasse déjà un grand nombre de moyens.

Si le rhumatisme est peu intense, on aura recours aux frictions sèches ou médicamenteuses; ces dernières consisteront dans l'emploi de linimens ou de pommades balsamiques, alcoholiques, narcotiques.

L'application de la chaleur sera aussi de grande utilité, soit qu'on expose les parties douloureuses aux rayons directs du soleil, ou bien au feu d'un foyer ardent, soit enfin qu'on y promène un fer chaud moyennant l'interposition d'une étoffe quelconque. Pour concentrer dans ces mêmes parties la chaleur naturelle, on les recouvrira de vêtemens qui soient mauvais conducteurs du calorique, comme la laine, les fourrures, etc. Ce qu'il y a de mieux en ce genre, c'est, par exemple, une peau de lièvre, ou bien une double enveloppe de flanelle et de taffetas gommé.

Au rhumatisme intense, contre lequel les moyens précédens seraient insuffisans, il faut opposer de plus énergiques remèdes. Les rubésians et les vésicatoires doivent ici être nommés au premier rang. La vésication répétée, par l'application successive de plusieurs vésicatoires volans, est surtout très avantageuse. Au besoin, on pourrait même employer les cautères potentiels, les moxas, et même le cautère actuel, autour des articulations malades.

L'électricité ordinaire et le galvanisme ont reçu de magnifiques éloges dans l'ancien *Journal de Médecine* de Vandermonde. De nos jours, quelques médecins se sont spécialement livrés à l'étude des effets thérapeutiques de ces agens physiques. Si nos lecteurs sont désireux de recevoir d'amples informations à cet égard, nous les renvoyons au Traité de thérapeutique (1) que MM. Trousseau et Pidoux viennent de publier, et où ils trouveront sur ce sujet, comme sur beaucoup d'autres, une revue intéressante et éclairée des travaux tant anciens que récens. Quant à nous, nous nous bornerons à déclarer que, en dernière analyse, il reste encore, pour un esprit sage et froid, une assez grande incertitude sur l'efficacité de l'électricité et du galvanisme.

Nous en dirons autant de l'acupuncture, soit pure et simple, soit combinée à l'électricité (*Electropuncture*) ou au galvanisme (*Galvanopuncture*). Nous sommes loin d'en désapprouver absolument l'emploi: nous conseillerions nous-mêmes d'y avoir recours contre des cas rebelles et opiniâtres qui auraient résisté à toutes les ressources ordinaires de la thérapeutique. Je ne saurais, pour ma part, rien dire de mieux à cet égard que ce que j'ai déjà écrit dans un autre ouvrage. « Elle (l'acupuncture) excita » d'abord un vif enthousiasme dans le monde » médical, et fut préconisée par quelques-uns » comme une sorte de panacée merveilleuse; » mais l'expérience, en accumulant une masse » de faits pour et contre, refroidit bientôt l'en- » thousiasme, et y fit succéder l'indifférence » et l'abandon, peut-être à tort; car une expé- » rience plus prolongée nous apprendrait, sans » doute, à distinguer les cas dans lesquels l'a- » cupuncture est efficace, et ceux où elle est » inutile et même nuisible. » (*Encyclop. Nouv.*, art. ACUPUNCTURE.)

Les bains de vapeur, simples ou aromatiques, ont une réputation populaire qu'ils méritent assez bien.

On peut aussi recourir aux bains alcalins, ou sulfureux, par imitation des eaux thermales naturelles, qui produisent souvent des cures presque miraculeuses. Qui n'a vu des rhumatisans tout perclus revenir sains et ingambes de Néris, du Mont-Dore, d'Aix en Savoie, de Vichy, etc.

Les eaux de Vichy, notamment, jouiraient d'une puissance bien remarquable, à en juger d'après une brochure récente du docteur Petit, médecin inspecteur de ces eaux. (*Quelq. consid. sur la nature de la Goutte*, etc., Paris 1835.) Il paraîtrait même, d'après une observation fort curieuse et fort détaillée, que l'usage intérieur des eaux de Vichy, combiné à leur administration extérieure sous forme de bains et de douches, peut réussir à déterminer la résolution et la résorption des concrétions tofacées. Mais il est vrai de dire qu'un fait unique et isolé ne constitue encore qu'une espérance incertaine de nouveaux succès, et non pas un principe sûr de thérapeutique. Remarquons, au demeurant, que déjà du temps de Morgagni on avait conçu l'espoir de résoudre les concrétions arthritiques par l'usage large et longtemps soutenu d'une boisson alcaline; laquelle devait se préparer en faisant bouillir, dans une quantité suffisante d'eau commune, des coquilles d'huîtres ou autres ostracodermes préalablement calcinées, avec addition de savon. (Morg., Ep. LVII, art. 4.)

S'il y a eu des retours alternatifs d'affections herpétiques et d'affections rhumatismales, les eaux sulfureuses doivent obtenir la préférence.

Indépendamment de l'emploi des eaux minérales naturelles ou artificielles sous forme de bains ou de boissons, on peut encore administrer ces mêmes eaux sous forme de douches: ce mode d'administration a des effets avan-

(1) T. I, pag. 548 et seqq.

tageux, quand la douleur articulaire est médiocre et que l'articulation est peu déformée.

On peut encore avoir recours au massage. Une telle manœuvre serait douloureuse et intolérable dans le rhumatisme aigu: mais dans le rhumatisme chronique, elle est avantageuse, surtout quand on y joint l'usage des douches, soit simultanément, soit successivement.

Enfin, à l'époque des vendanges, nous conseillerions même les bains de marc de raisins, qui ont eu d'ardens panégyristes.

Concurremment avec le traitement externe, il convient toujours d'administrer quelques médicamens internes. On les choisit, le plus généralement, dans la classe des sudorifiques. Ce sont les préparations de gaïac, de sassafras, de salsepareille, etc., qu'on emploie, d'ailleurs plutôt par induction conjecturale que par conviction d'expérience ; car les effets qu'on leur attribue pourraient bien dépendre entièrement des bains de vapeur qu'on ne manque jamais de leur associer. On devra quelquefois, suivant les indications fournies par la constitution du malade, administrer les toniques ou les anti-scorbutiques.

Dans ce précis des moyens à opposer au rhumatisme articulaire chronique, nous avons négligé à dessein de ressasser ces prétendus spécifiques anti-arthritiques, à l'égard desquels nous croyons bien être à peu près quittes pour en avoir fait mention une fois dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. Faut-il encore parler des sangsues, qui ont été, il y a quelques années, le remède universel, la souveraine panacée ? Quelques enthousiastes en étaient alors venus à prétendre que les tofus calcaires, ces vestiges presque ineffaçables du mal arthritique, se résorbaient par suite d'applications réitérées de sangsues. Mais aujourd'hui le prestige est dissipé. Et nous ne pensons pas qu'aucun médecin songe désormais à combattre le rhumatisme articulaire chronique par la méthode antiphlogistique proprement dite, hormis le cas où l'affection reprendrait accidentellement la forme aiguë. Quant aux frictions mercurielles, qui ont quelquefois paru être avantageuses, nous sommes portés à croire qu'elles n'ont agi favorablement en certains cas que parce qu'il y avait là quelque principe syphilitique à détruire. Dans la grande majorité des cas, elles ont échoué, soit qu'on les ait combinées avec l'opium, afin d'apaiser les douleurs, ou avec le muriate d'ammoniaque, afin de résoudre les concrétions tophacées. Cependant, on peut les employer, mais avec précaution, dans les cas rebelles et désespérés, ne fût-ce que pour ne pas abandonner le malade, et lui donner au moins un secours moral. Nous en dirons autant de l'iode, qui, au creuset de l'expérience, n'a point fait preuve des propriétés héroïques qu'on lui avait prêtées contre le rhumatisme et la goutte.

§ II.—Traitement prophylactique.

Le rhumatisme articulaire chronique une fois guéri par l'art ou par les seules forces de la nature, il ne faut pas perdre de vue que c'est une affection sujette à récidive, et que les soins prophylactiques ne sont pas moins importans à considérer que le traitement curatif. Certes, nous ne connaissons point de moyens sûrs et infaillibles pour prévenir absolument les attaques, ni même pour en retarder le retour et prolonger les intervalles de répit. Cependant l'observation a montré qu'en général, et sauf exceptions rares, il y a de certaines conditions de régime où les rhumatismes articulaires se reproduisent moins souvent que sous l'empire de conditions opposées. Telles sont, par exemple, la sobriété, la modération dans les plaisirs de l'amour, l'active dépense des forces musculaires. Ainsi, chez maintes personnes, tour-à-tour placées dans la bonne et la mauvaise fortune, on a vu la goutte être compagne des richesses, la santé reparaître par les privations et les occupations de la pauvreté. Nul doute que par une alimentation succulente et de haut goût, par l'abus des boissons spiritueuses, par l'excès du coït, et le défaut d'exercice à pied, toutes conditions presque inévitables pour le riche, s'il ne sait résister au laisser-aller des sens et de la paresse ; nul doute, dis-je, que par un tel concours de circonstances, la diathèse arthritique ne soit, sinon créée, du moins puissamment favorisée. On la combattra donc avantageusement, en pareil cas, par le changement de régime et de vie, plus que par un vain attirail de recettes thérapeutiques. Dès l'antiquité, on avait reconnu cette vérité. Celse, par exemple, indique comme moyens de se préserver des rechutes la privation du vin et celle des plaisirs de Vénus ; il accorde aussi une mention particulière à la diète lactée (1). Pline l'ancien parle également des triomphes anti-arthritiques du lait d'ânesse (2). Mais combien peu de gens se résigneraient à subir la Γαλακτοποσία de Sydenham, à ne vivre que de lait, bouilli ou non, sans aucun autre aliment, sinon quelque peu de pain une seule

(1) « Quidam..., quum asinino lacte epoto ex toto se eluissent, in perpetuum hoc malum evaserunt : quidam, quum toto anno à vino, mulso, venere, sibi temperassent, securitatem totius vitæ consecuti sunt. ». Celse, lib. IV, c. I, sect. 8.

(2) Sunt inter exempla, qui asininum (*lac*) bibendo liberati sint podagrâ chiragrâve.

Plin., l. XXVIII, ch. 9.

fois par jour (1) ! Sans en demander tant, sans exiger un régime qui, nous le croyons avec l'Hippocrate anglais, pèche par excès de rigueur et a une influence par trop débilitante, de combien de goutteux obtiendra-t-on que, les douleurs de la goutte une fois passées, ils s'astreignent avec persévérance à être abstèmes, sombres et continens ?

Des causes d'un autre ordre paraissent aussi exercer une assez grande influence, comme, par exemple, le froid humide, l'habitation des lieux bas et humides, etc., etc. (Voir plus haut, *même article*, sect. Ire, § Ier). Il faut donc soigneusement éviter de se soumettre à l'action de pareilles causes, dès qu'une rechute de rhumatisme est à craindre.

De plus, on peut recourir aux eaux thermales comme moyen direct d'atténuer l'occulte prédisposition qui, à la suite des causes occasionnelles les plus légères, reproduit si souvent les affections arthritiques. Des faits nombreux attestent la vertu prophylactique de ces eaux. Il n'est pas rare que des personnes qui avaient eu des attaques annuelles de goutte pendant six ou sept ans, aient, après un mois ou deux d'eaux thermales, un repos de plusieurs années, à peine interrompu par quelques légers ressentimens de leur mal. M. Chomel en a vu bon nombre d'exemples dans sa pratique civile. Les rhumatisans riches ont donc raison de s'en aller de temps en temps prendre les eaux. On devra particulièrement conseiller les eaux thermales sulfureuses aux personnes chez qui les rhumatismes alternent avec les dartres.

ARTICLE IV.

IIIe ORDRE : RHUMATISMES VISCÉRAUX.

(*Endorhumatismes.*)

Les affections rhumatismales ne doivent pas, selon nous, êtres considérées comme exclusivement dévolues aux muscles de la vie animale et aux articulations. Non seulement elles peuvent attaquer aussi les muscles de la vie végétative et involontaire, ou muscles viscéraux, mais encore certains organes qui sont de même nature que le tissu des tendons, des ligamens, et des aponévroses, comme le périoste, la sclérotique, etc.

Les anciens avaient admis des affections rhumatismales ou goutteuses de tous les viscères : ils professaient, en général, que la goutte, qui, à notre avis, on le sait, n'est pas autre chose que le rhumatisme articulaire, se portait sur le foie, sur le poumon, sur le cerveau, etc. C'est d'après cette manière de voir que Musgrave, dans son traité *De arthritide anomalâ*, a admis une péripneumonie, une apoplexie, une hémiplégie, et un carus arthritique (chap. XI, XV et XVI). Un auteur non moins célèbre, mais plus moderne et presque notre contemporain, Barthez, reconnaissait encore une péripneumonie goutteuse, une apoplexie goutteuse, une paralysie goutteuse, etc. (*Traité des mal. goutt.*, l. III, c. 5 et 7.)

Assurément, il n'est pas impossible que le principe occulte d'irritation que la raison est obligée d'admettre pour se rendre compte des phénomènes arthritiques, ne se transporte et ne se fixe sur toute sorte d'organes et de tissus, à l'instar du virus syphilitique, qui infecte indifféremment la peau, les membranes muqueuses, les glandes, les os, etc. Mais, si la cause rhumatismale se porte quelquefois sur le cerveau ou le poumon, les effets en sont là essentiellement différens de ceux qu'elle produit dans les muscles et les articulations : au lieu d'une simple douleur, ou d'une gêne des contractions musculaires, c'est le délire ou le coma, les quintes de toux et les crachats sanguinolens. Quoi de plus contradictoire à l'idée de rhumatisme que l'affection de la pulpe cérébrale ou du parenchyme pulmonaire.

Nous ne reconnaissons donc, nous, de rhumatismes intérieurs que là où se trouve un tissu musculaire ou fibreux.

Beaucoup d'organes internes satisfont à cette condition. Tels sont : 1° le diaphragme ; 2° le cœur ; 3° les conduits aériens, qui, de plus, offrent dans le larynx tout un système d'articulations ; 4° le canal digestif (pharynx (2), œsophage, estomac et intestins) ; 5° la vessie ; 6° enfin, l'utérus. Tous ces organes, par leur structure musculeuse, sont évidemment susceptibles de se rhumatiser, et nous consacrerons une section particulière au rhumatisme de chacun d'eux.

Après l'examen des rhumatismes viscéraux, objet spécial de cet article-ci, nous accorderons une section, en guise d'appendice, à cette autre sorte de rhumatismes anomaux qui ne sévissent ni sur les muscles de la vie animale ou sur ceux de la vie végétative, ni sur les articulations, mais sur des orgagnes fibreux non articulaires, comme le périoste, la sclérotique, etc.

Enfin, il y a un autre genre d'organes, qui, bien qu'ils ne puissent être assimilés ni au tissu musculeux, ni au tissu fibreux, semblent néan-

(1) Γαλακτοποσια seu diæta è solo lacte sive crudo, sive cocto, exulantibus cæteris omnibus, nisi quòd panis aliquid semel fortè in die adjiciatur, ab annis retrò viginti obtinuit. Profuit hæc quàm plurimis præ cæteris hujusce morbi præsidiis, quandiù ne latum unguem ab eâ discesserint. Syd., *De Podagrâ*.

(2) Le pharynx, qui se trouve, pour ainsi dire, sur la lisière de l'intérieur et de l'extérieur, a déjà fixé spécialement notre attention. Nous nous sommes occupés ailleurs de son rhumatisme. (Art. II, sect. II, § II.)

moins être passibles de rhumatisme, associés qu'ils sont au système musculaire par leurs fonctions : nous voulons parler des nerfs. Ce sera là une question à examiner dans une dernière section.

Avant de clore ce préambule, dans lequel nous nous sommes proposé de jeter un rapide coup d'œil sur tout l'ensemble de notre article, disons sur le champ (car nous sommes des premiers à l'avouer) que tous ces rhumatismes anomaux qui vont nous occuper, et dont la réalité ne nous paraît pas pouvoir être contestée en thèse générale, ne peuvent jamais, dans tel ou tel cas particulier, être admis et diagnostiqués que par présomption, et non pas en vertu d'une démonstration absolue.

SECTION PREMIÈRE.

RHUMATISME DU DIAPHRAGME.

Le rhumatisme du diaphragme (*Rhumatisme diaphragmatique* ou *phrénique*) se laissera soupçonner, chez des individus antérieurement ou encore actuellement atteints de rhumatismes réguliers, par la sensation d'une barre douloureuse à la base de la poitrine, et par la dyspnée. Un médecin, appelé dans un cas pareil, devra surtout être frappé de l'exagération de la douleur lors de l'inspiration, lors du passage des boissons, du bol alimentaire ou des rapports gazeux vers les attaches du diaphragme : à cela peuvent se joindre encore la toux et le hoquet. Ce dernier symptôme nous paraît surtout important et caractérisque. Sauvages l'avait particulièrement signalé, en posant comme une des espèces de son genre *Singultus* (Hoquet) le *Singultus arthriticus*, espèce consécutive à la suppression de la goutte et à la métastase de la *matière âcre rhumatismale* ou *goutteuse* sur le diaphragme. (*Nosol. Method.*, class. V, gen. IV, sp. 4.)

Le cas suivant, observé cette année à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, est, à nos yeux, un exemple assez évident du rhumatisme diaphragmatique.

XXIIIe OBSERVATION (1).

Sujet âgé de 20 ans. Cause probable de la disposition rhumatismale : alternatives de froid et de chaud dues à la profession. Depuis deux mois, douleurs rhumatismales lombaires. Dans l'espace de 13 jours, trois attaques intermittentes de RHUMATISME DIAPHRAGMATIQUE. Guérison.

Le 18 février 1836, Brunelle, âgé de 20 ans, fondeur en caractères, entre à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Madeleine, n° 34.

Ce jeune homme, d'une constitution peu forte, jouit, néanmoins, habituellement d'une bonne santé : il n'est point sujet aux rhumes ni à l'hémoptysie. Il se nourrit bien. Depuis huit ans qu'il a embrassé son état, il travaille dans des ateliers dont la température est très élevée, et en sort souvent très peu vêtu. Cependant, il est resté long-temps exempt de douleurs rhumatismales : seulement, depuis 6 mois, il éprouve quelquefois des crampes dans les jambes, surtout quand il fait quelque excès en boissons (ce qui lui arrive, dit-il, deux fois par semaine). Depuis deux ou trois mois, il ressent dans la région lombaire quelques douleur vagues qui se montrent de temps en temps, et qu'il attribue à ce qu'étant placé près d'une porte de l'atelier, il reçoit constamment des courans d'air froid sur cette région.

Le 12 février, sans refroidissement préalable ni sans autre cause appréciable, il ressentit une douleur dans l'épaule droite : cette douleur fit le demi-tour de la poitrine, en suivant le bord inférieur des côtes et les ATTACHES DROITES DU DIAPHRAGME, et vint envahir le côté gauche de la paroi postérieure de la poitrine, et l'épaule du même côté ; peu forte pendant la nuit du 12 au 13, elle s'exaspéra le lendemain matin et devint de plus en plus vive jusqu'au soir : la respiration était très gênée : il y avait des HOQUETS qui ne pouvaient, pour ainsi dire, se faire qu'à demi : la moindre toux, la déglutition de la salive, étaient très douloureuses. Brunelle entra à l'Hôtel-Dieu, où on lui promena des sinapismes sur les membres supérieurs ; et en deux heures, les douleurs avaient presque complètement disparu. Le 15, parfaitement guéri, il quitta l'hôpital.

Le 18, à huit heures du matin, sans s'être refroidi, sans s'être livré à aucun excès, Brunelle éprouve les mêmes douleurs qu'auparavant dans le côté gauche : il entre aussitôt à la Clinique. Bonne sonorité de la poitrine : à l'auscultation, murmure respiratoire normal : peu de douleurs dans les mouvemens du bras ou du tronc : pouls fréquent (116), petit : pas de chaleur : pas de hoquets : pas de dyspnée. On lui applique de nouveau les sinapismes sur les bras, et la douleur s'en trouve calmée ; une seconde application de sinapismes, faite le soir, produit encore du soulagement.

Le 19, à l'instant de la visite, encore un peu de douleur dans la paroi gauche du thorax et dans l'épaule du même côté. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne montrent rien que de normal ; le pouls cependant donne 100 pulsations. Suivant le diagnostic de M. Chomel, ces douleurs sont manifestement rhumatismales, puisqu'elles se montrent ainsi subitement et sans fièvre, et qu'elles disparaissent sous l'influence des révulsifs appliqués sur la peau. (Prescription : *Quinze sangsues, bourrache miellée ; trois bouillons.*)

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

Le 20, ce qui vient confirmer de plus en plus que les douleurs sont rhumatismales, c'est qu'elles ont passé dans les parois abdominales; elles se propagent vers l'ombilic (*Rh. pré-abdominal.* — Voir art. II, sect. V), et elles ont presque entièrement disparu du côté de la poitrine: dyspnée nulle, pouls calme. (Prescription: *Bourrache miellée; quart de portion.*)

Le 21, les douleurs ont complétement cessé partout.

Le 22, aucune douleur.

Le 23, *idem;* l'*exeat* est donné pour le lendemain.

Le 24, à deux heures du matin, Brunelle (qui ne croit pas s'être refroidi) est réveillé par une douleur très vive, qui se montre encore dans le côté postérieur gauche de la poitrine, et qui se propage jusqu'à l'épaule du même côté: cette douleur s'étend aussi dans le côté droit, mais à un faible degré; mais, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, en s'étendant d'arrière en avant, elle suit les insertions du diaphragme. La pression ne calme ni n'exaspère la douleur: les mouvemens du tronc l'aggravent notablement. Dyspnée: 20 à 24 respirations par minute: hoquets: pouls fréquent (92). (Prescript.: *douze sangsues sur les points douloureux; sinapismes aux genoux et aux pieds.*) Le soir, la douleur persiste toujours, mais avec moins d'intensité. Les sinapismes sont promenés sur les membres supérieurs, et la douleur cesse peu à peu pendant la nuit.

Le 25, il n'y a plus qu'une douleur très légère, et tout-à-fait superficielle, à l'épigastre. (Prescript.: *Bourrache miellée, quart de portion.*)

Le 27, aucune douleur.

Rien jusqu'au 1er mars, jour où Brunelle sort de l'Hôtel-Dieu, dans un état de parfaite santé.

Cette brusque disparition des douleurs sous l'influence des sinapismes et des applications de sangsues, ces retours imprévus, et ces intermittences, ne sont-ce pas, dans l'observation précédente, des caractères décisifs? Mais, même avant ce tardif complément de preuve, le diagnostic du rhumatisme diaphragmatique acquiert un haut degré de probabilité par l'absence des signes propres à la péricardite ou à l'emphysème pulmonaire. L'angine de poitrine offre bien le même défaut de signes physiques; car c'est aussi une maladie plutôt physiologique qu'anatomique, dans laquelle le désordre fonctionnel tombe plutôt que l'altération organique sous la faible portée de nos sens: mais ella n'a pas besoin de la diathèse rhumatismale pour raison d'être, et elle coïncide presque toujours avec une affection organique du cœur, laquelle se révèlera par ses signes propres.

Le pronostic du rhumatisme diaphragmatique n'est pas aussi grave que peut le faire croire, au premier abord, la violence effrayante des symptômes. Cependant il ne serait pas impossible que le malade succombât dans un véritable état d'asphyxie. En pareil cas, comme il n'y aura pas plus qu'en tout autre cas de rhumatisme de quoi expliquer la maladie par l'autopsie cadavérique, la cause de la mort restera toujours un objet de controverse.

Maintenant, disons quelques mots du traitement, lequel, au surplus, devra être à peu près le même pour tous les rhumatismes fixés sur les organes internes. Posons-en donc ici les bases, une fois pour toutes.

La première indication du traitement est de reporter le rhumatisme sur les organes dont le trouble fonctionnel soit moins dangereux. Or, quelles sont les articulations, quels sont les points de l'économie, où il y a le plus de chances pour réussir à annuler le mal. C'est, sans aucun doute, là où il était auparavant, là d'où il vient de se déplacer; ou bien, si l'attaque actuelle débute, pour ainsi dire, de prime-saut par le diaphragme, là où les attaques antérieures ont sévi de préférence. On voit d'ordinaire, pendant quatre, cinq, ou six ans, le rhumatisme envahir les mêmes articulations: ce qui prouve l'affinité que la cause rhumatismale a pour tel point de l'économie plutôt que pour tel autre. Si nous avons affaire à un individu qui n'ait pas eu d'attaque antécédente, c'est autour des genoux, et en général aux membres inférieurs, qu'à défaut d'indication spéciale il convient d'exciter une irritation artificielle. On emploiera, dans ce but, des moyens d'autant plus énergiques que la maladie aura plus de gravité. Si les accidens sont légers, on n'aura recours qu'aux pédiluves irritans, aux sinapismes, et aux vésicatoires ordinaires. Si le danger est pressant, on mettra en œuvre l'eau bouillante, ou la pommade ammoniacale, qui ont l'avantage d'agir instantanément; et cela n'empêchera pas, d'ailleurs, qu'on ne continue d'exciter la révulsion avec la moutarde et avec l'emplâtre de cantharides. Il sera aussi convenable, à moins de contre-indication, de poser quelques sangsues au niveau des attaches diapragmatiques, et d'administrer des bains.

SECTION II.

Rhumatisme du cœur.

Le rhumatisme du cœur (*Rhumatisme cardiaque*) peut, à ce qu'il nous paraît, exister à l'état aigu ou à l'état chronique. L'histoire en est fort intéressante; car elle tient de près à celle des affections organiques du même viscère. Maintes fois on a vu guérir des individus qui étaient soupçonnés d'avoir le cœur atteint d'anévrisme, d'hypertrophie, ou de quelque lésion organique des valvules, et qui, partant, avaient été réputés incurables. N'est-on pas en droit

de penser qu'en pareil cas le diagnostic avait été erroné, et que les symptômes étaient peut-être dus à un rhumatisme cardiaque chronique. Le cœur est tout musculeux ; n'est-ce donc pas chose naturelle et même nécessaire qu'il soit quelquefois atteint de rhumatisme ? La péricardite, qui survient quelquefois (voir plus haut, art. III, sect. II, § VI), pendant le cours d'une affection rhumatismale, et l'endocardite même, si endocardite y a (art. III, sect. II, § VII), ne pourraient-elles pas être considérées comme consécutives au transport immédiat du principe morbifique sur le cœur, comme un effet du rhumatisme aigu de ce viscère. N'est-ce pas ainsi que la plèvre s'enflamme consécutivement au rhumatisme des muscles intercostaux, et que la pleurésie succède à la pleurodynie? N'est-ce pas ainsi que la peau elle-même rougit, s'enfle, et s'endolorit au niveau des articulations rhumatisées?

Pour l'étiologie du rhumatisme cardiaque, il faut d'abord admettre la diathèse rhumatismale comme cause prédisposante, puis, peut-être quelque cause déterminante particulière qui appelle le mal sur le cœur plutôt qu'ailleurs, quoiqu'on ne puisse, souvent, que reconnaître le simple fait de la mobilité du rhumatisme. Une irritation artificiellement produite ne fait venir ni ne fixe le rhumatisme là où l'on veut. Il y a, il faut le reconnaître, quelque chose de mystérieux et d'occulte dans les métastases rhumatismales. Maintes fois, vous aurez beau entourer une articulation de synapismes, vous n'y développerez point tout l'appareil des symptômes arthritiques : c'est une autre articulation qui sera envahie.

Quelques syncopes fugaces, survenant pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, ce que M. Chomel se rappelle avoir observé dans un cas, et ce que Musgrave avait déjà signalé (*De arthritide anomalâ*, c. VIII); une palpitation plus ou moins vive, se déclarant en pareille circonstance pour disparaître au bout de deux ou trois heures, et pour ne laisser aucune trace après elle, comme chez une des malades dont j'ai recueilli moi-même l'observation (XVIe observation); bref, quelques phénomènes anomaux du côté du cœur, mais presque aussitôt dissipés que produits: c'est là, très probablement, le rhumatisme cardiaque à l'état aigu. Pour nous rendre compte de symptômes qui paraissent et disparaissent en si peu de temps, nous préférons, quant à nous, cette hypothèse à celle d'une lésion aussi matérielle qu'une inflammation du péricarde ou de l'endocarde.

Mais le rhumatisme cardiaque paraît exister plus ordinairement à l'état chronique. Certains individus rhumatisans ou goutteux deviennent sujets à des douleurs précordiales, à un sentiment d'oppression sous le sternum, à la dyspnée; ils éprouvent des palpitations de cœur, non seulement en marchant vite ou en montant un escalier, mais aussi, pendant la nuit, d'une façon soudaine; on conçoit même fort bien qu'il puisse y avoir en quelques cas un commencement d'anasarque, par suite de la gêne de la circulation; puis tous ces formidables accidens viennent à cesser comme par enchantement, dès qu'une attaque régulière de rhumatisme ou de goutte se remontre chez ces individus. M. le docteur Bertrand du Mont-Dore (1), en traitant de tels individus par des bains de jambes à 36°, a vu des rhumatismes francs et réguliers se développer aux extrémités inférieures, et l'affection du cœur disparaître. C'est, sans aucun doute, dans des cas de cette nature qu'on a pu se glorifier d'avoir guéri de prétendues lésions organiques du cœur, parvenues, disait-on, à une période avancée. Car ici un traitement anti-rhumatismal sera suivi de succès, de même qu'on guérit par l'administration des martiaux les palpitations de cœur chez les sujets chlorotiques, et qu'on guérit aussi par des moyens appropriés celles qui doivent leur origine à des causes morales. A ce propos, toutefois, M. Chomel fait remarquer que jamais les palpitations de cause morale ne peuvent, comme celles par chlorose ou par rhumatisme, être accompagnées d'anasarque.

L'affection du cœur étant une fois reconnue comme rhumatismale, le pronostic devra être plutôt favorable que triste. Car, le cas le plus ordinaire, c'est qu'une affection de même nature se déclare sur un autre siége, après quoi les signes de la gêne du cœur s'évanouissent entièrement. Mais une terminaison fâcheuse fort possible, c'est la péricardite, qui a même dû fort souvent masquer et faire tenir en oubli les symptômes propres du rhumatisme cardiaque antécédent. La mort même pourrait survenir par la seule présence du rhumatisme cardiaque, si la syncope, dont il peut être cause, venait à se prolonger outre mesure. Mais cela est une possibilité présumée plutôt qu'une réalité constatée. Car, en pareil cas, la nécropsie ne montrant rien, le champ reste toujours ouvert aux hypothèses et aux controverses.

Une question qui concerne encore le pronostic du rhumatisme cardiaque, c'est de savoir si le cœur rhumatisé à plusieurs reprises peut par cela même contracter une affection organique. A ne résoudre la question que par analogie avec ce qui se passe dans les muscles de la

(1) C'est là la véritable orthographe, et non pas *Mont-d'Or*, comme les gens du monde l'écrivent la plupart du temps, et, ce qui est plus impardonnable, comme l'ont écrit certains médecins qui ont traité spécialement des eaux minérales. Ce mont célèbre doit son nom à la *Dor* ou *Dore*, rivière qui y prend sa source, et qui va se réunir à la *Dogne* pour former la *Dordogne*.

vie animale, la réponse sera négative. Ces muscles, en effet, s'atrophient par suite de rhumatismes, et on n'y observe jamais à cette occasion aucune lésion analogue aux altérations hypertrophiques ou anévrismatiques du cœur. Mais cette différence tient peut-être à ce que les muscles rhumatisés demeurent en repos, tandis que le cœur, sous peine de mort subite, doit toujours se mouvoir. Ce viscère est donc placé dans des conditions toutes spéciales; et, par conséquent, l'analogie sus-mentionnée ne suffit pas pour repousser, en cas de rhumatisme cardiaque, l'idée du développement ultérieur d'une affection organique. Et n'y a-t-il pas, au contraire, quelque analogie entre les concrétions que le rhumatisme laisse après lui dans les articulations, et celles qu'on rencontre dans les valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires? Cela, néanmoins, ne soit dit que comme simple rapprochement, et non comme prétention à établir sans appel l'origine rhumatismale des indurations valvulaires du cœur.

Le diagnostic du rhumatisme cardiaque est vraiment un problème délicat et curieux de séméiotique. Si l'autopsie cadavérique ne peut l'éclairer et le confirmer, c'est une raison de plus pour rapprocher pendant la vie tous les signes qui peuvent contribuer à l'établir, par opposition à celui de quelques affections qui sont propres à occasioner une méprise.

S'agit-il d'une pleurodynie qui ait son siége tout près du cœur? En ce cas, la pression extérieure augmentera notablement la douleur; même exaspération aura lieu immédiatement après l'inspiration, surtout quand le patient tentera de respirer amplement et profondément. Or, ce double caractère manquera dans le rhumatisme cardiaque.

Dans la péricardite, la région précordiale offre plus d'espace mat qu'à l'état normal, excepté toutefois au début; mais alors même il y a fièvre, ce qui ne se décèle pas toujours, à la vérité, par la fréquence du pouls, mais si, quelquefois, le pouls, au lieu d'être précipité, se trouve ralenti, la chaleur intense de la peau est un symptôme fébrile qui ne manque jamais.

Les affections organiques des parois du cœur et de ses valvules se révèlent par une série particulière de phénomènes que nous croyons inutile d'énumérer ici.

Les palpitations nerveuses surviennent par une infinité de causes physiques ou morales, chez les individus doués d'un tempérament nerveux, ou même atteints déjà de véritable névropathie; point de rhumatismes antérieurs; le plus souvent, pas la moindre augmentation de sensibilité à la région du cœur ne précède l'invasion soudaine et brusque des palpitations.

Quant à ce qu'on appelle *angine de poitrine*, c'est, il faut l'avouer, un mal très analogue à notre rhumatisme cardiaque. Ne serait-ce pas, dans un grand nombre de cas, ce rhumatisme même? Quand ce n'est pas une affection rhumatismale, cela ne paraît être qu'un accident symptômatique d'une lésion organique du cœur, et non pas une maladie idiopathique. Depuis quatre ans, M. Chomel a observé, à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, deux cas d'angine de poitrine qui se sont terminés par la mort; il a trouvé, dans ces deux cas, le ventricule gauche très volumineux comparativement au ventricule droit. Quelquefois, il faut le dire, la même disproportion se rencontre, sans que l'angine de poitrine survienne jamais. Ce redoutable accident débute par une douleur très vive au cœur, laquelle se propage de là au bras, et surtout au bras gauche: il survient particulièrement après le mouvement. M. Chomel a connu deux individus chez qui l'angine de poitrine ne s'était jamais manifestée qu'au sortir du spectacle; quand cela leur arrivait, ils rentraient précipitamment chez eux avec la crainte de mourir dans la rue, tant alors était pressante la sensation d'étouffement!

Hé bien! si des symptômes évidemment imputables au cœur ne peuvent être rapportés à aucune des maladies précitées, et qu'ils aient lieu chez un sujet rhumatisant ou né de parens rhumatisans, alors, par voie d'exclusion et en raison du commémoratif, on pourra reconnaître avec quelque vraisemblance l'existence d'un rhumatisme cardiaque.

Le rhumatisme cardiaque aigu, une fois soupçonné ou reconnu, devra être combattu par les mêmes moyens que nous avons conseillés contre le rhumatisme diaphragmatique. Mais, si le rhumatisme cardiaque existe à l'état chronique, devra-t-on appliquer un vésicatoire sur la région précordiale pour combattre le mal de plus près? Nous pensons que oui: car, si le rhumatisme persiste indéfiniment et ne se déplace pas, on n'a, certes, plus à craindre de le rendre plus fixe et plus tenace par l'application d'un vésicatoire Il faut agir dans ce cas comme à l'égard de l'arthrite, contre laquelle, tant qu'elle est aiguë, il n'est pas prudent d'employer la vésication, mais qui, à l'état chronique, est avantageusement combattue par ce moyen. A cette même période du mal, nous conseillerons aussi l'administration endermique des médicamens narcotiques à la région du cœur. Enfin, les eaux thermales ont quelquefois de beaux succès.

SECTION III.

Rhumatisme des conduits aériens.

Les voies aériennes ont-elles une texture qui les rende susceptibles de devenir le siége du

rhumatisme ? Certes, cela ne saurait être nié à l'égard du larynx, qui en constitue la région supérieure. Cet organe offre dans sa structure, non seulement des muscles, mais encore des articulations diarthrodiales avec membranes synoviales et ligamens. Et pourtant les affections rhumatismales du larynx ont été peu signalées par les auteurs, et M. Chomel lui-même avoue n'avoir peut-être pas assez fait attention aux cas d'aphonie qui surviennent pendant le cours d'un rhumatisme régulier. Il se rappelle seulement avoir vu autrefois un homme atteint depuis fort long-temps d'aphonie, et dont l'état inspirait de très vives craintes : car on avait à soupçonner, suivant l'apparence, une phthisie laryngée, prélude ou plutôt simple travestissement de la phthisie pulmonaire. Il n'y avait point de crachats, il est vrai, mais le malade était excessivement amaigri, ce qui pouvait bien, à vrai dire, n'être dû qu'à la sévérité du régime. L'aphonie résista pendant trois mois aux sangsues, aux vésicatoires et à une foule d'autres moyens ; enfin, au bout de ce laps de temps, on eut recours aux bains de vapeur, qui amenèrent la guérison en huit jours. M. Chomel croit, en conséquence, n'avoir pas eu affaire, en cette occasion, à une phthisie laryngée, mais à un rhumatisme laryngien ; il se propose d'observer à l'avenir avec le soin le plus minutieux les cas analogues que le hasard lui amènera, tant à l'hôpital que dans la pratique civile ; car il regarde comme chose extrêmement probable, sinon démonstrativement prouvée, que le rhumatisme peut se porter sur le larynx. Quant aux parties plus basses des voies aériennes, il s'y trouve des fibres sur la nature desquelles, il est vrai, les anatomistes ne sont pas d'accord. Mais n'importe. Que ces fibres soient musculaires, ou appartiennent au tissu fibreux proprement dit, dans l'une et l'autre supposition on est obligé de les considérer comme propres au rhumatisme. Par là se trouverait justifiée l'opinion de ceux de nos devanciers qui admettaient une toux d'origine rhumatismale ou goutteuse (Musgrave, *De arthr. anom.* c. XI, hist. 1. — Barthez, *Mal. goutt.*, liv. III, chap. 5.), un asthme de même nature (Musgr., *opere citato*, c. X. — Barthez, *loco citato*) : la première affection serait le rhumatisme aigu des bronches ; la seconde, leur rhumatisme chronique. Mais ce n'est là nous l'avouons, qu'une présomption, et non un fait démontré. La chose est possible, sans doute ; mais de la possibilité à la réalité il y a loin.

SECTION IV.

Rhumatisme du canal digestif.

Les rhumatismes de l'estomac et des intestins avaient été fort bien entrevus et signalés par les anciens. Goutte atonique, caractérisée par un trouble plus ou moins prononcé des organes digestifs et par des douleurs vagues dans les articulations, goutte remontée dans l'estomac, etc. : voilà ce dont nous parlent souvent les vieux livres de l'art. Et cette doctrine s'était toujours maintenue en pleine vigueur, jusqu'à ce que la domination exclusive de l'anatomie pathologique et du solidisme vînt frapper de discrédit et même de ridicule ces affections internes dont les caractères anatomiques ne pouvaient être saisis, et que l'on avait jusque là attribuées à une *humeur* rhumatismale ou goutteuse. Dans le dernier siècle encore, l'immortel Stoll traçait le tableau de la dyssenterie rhumatismale (*Rat. medend.*, III. 144). Au commencement du siècle actuel, Barthez se livrait à de fort belles considérations sur la goutte aiguë et chronique de l'estomac et des intestins (*Mal. goutt.*, liv. III, chap. 3) ; et Rodamel publiait des faits bien propres à établir la réalité des douleurs rhumatismales de l'estomac. (*Traité du rhum. chron.*, p. 163 et seqq.)

Mais à l'époque où Pinel régna dans l'école de Paris, on rejeta dédaigneusement toutes les idées de rhumatisme ou goutte interne. Le célèbre médecin de la Salpêtrière, véritable précurseur de M. Broussais, professa que la même cause qui avait produit une affection rhumatismale, pouvait bien, aussi, déterminer le développement d'une inflammation viscérale, mais comme cause ordinaire et non comme cause spécifique, et qu'enfin, la gastrite arthritique, dont il rapporte des cas dans sa *Médecine Clinique* (p. 193, et p. 316), ne diffère pas essentiellement de toute autre gastrite. La judicieuse remarque que Bichat avait faite passa alors inaperçue : « Tous les » auteurs, » disait ce grand homme (*Anat. génér.* Considér. génér. § VII) « ont beaucoup parlé » des inflammations de l'estomac, des intes- » tins, de la vessie. Moi, je crois que presque » jamais cette maladie n'affecte primitivement » la totalité de ces organes, excepté dans le » cas où une substance délétère agit sur eux. » Il y a, pour la surface muqueuse stomacale » et intestinale, des catharrhes aigus et chro- » niques ; pour le péritoine, des inflammations » séreuses ; peut-être même, pour la couche » des muscles organiques qui séparent ces deux » membranes, une espèce de phlegmasie par- » ticulière, quoique nous n'ayons presque en- » core aucune donnée sur ce point. » Qu'est-ce, au fond, que cette dernière phrase, sinon un pressentiment mal défini, mais bien réel, des rhumatismes musculaires internes, autrement dit, de nos rhumatismes viscéraux ?

M. Broussais enchérit encore sur Pinel, et jeta complètement dans l'oubli toute autre af-

fection que la gastrite et l'entérite; tout, jusqu'aux névroses de la nosographie philosophique, ne fut que phlegmasie.

Et cependant, plus on vieillit dans la pratique de la médecine, plus on se convaincra que tous les maux divers de l'estomac et des intestins ne sont pas de nature identique, et ne peuvent être réduits à un seul et unique genre en nosologie. M. Chomel pense, d'ailleurs, que les névroses gastro-intestinales sont assez rares. Dans son opinion, les affections que l'on qualifie généralement de gastralgies et d'entéralgies par opposition aux gastrites et entérites franches, doivent plutôt, dans la grande majorité des cas, être regardées comme des métastases rhumatismales ou dartreuses : dans le premier cas, c'est la tunique musculeuse qui est atteinte ; dans le second, c'est la muqueuse. La structure de l'estomac et des intestins doit *à priori* inspirer cette doctrine : plusieurs faits viennent la confirmer *à posteriori*. Un tel fait venait d'être observé à la Clinique, à l'époque où M. Chomel traitait, dans ses leçons orales, la question qui fait l'objet de cette section. Voici cette observation :

XXIVe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Causes inconnues. Nulle disposition héréditaire. Première attaque, à 36 ans. Dyssenterie, vomissemens sanguinolens : cessation du rhumatisme. Puis, au bout de quelques jours, cessation des accidens gastro-intestinaux, et retour du rhumatisme. Ainsi, à trois reprises. Guérison complète, au bout d'un mois environ.

Le 3 juillet 1834, entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle sainte Madeleine, n° 14, Jean-Baptiste Chabanais, âgé de 36 ans, charretier, doué d'une constitution assez forte et d'une santé passablement bonne. Il eut, il y a quatre ans, une *fluxion de poitrine*, qui exigea six mois de convalescence; jamais il n'a eu de *fraîcheur*: ses parens ne sont point sujets au rhumatisme.

Il tomba malade, il y a huit jours : il ressentit un malaise général, une violente courbature, et fut obligé de se mettre au lit : une saignée que lui pratiqua dès lors un médecin de la ville, lui procura un soulagement notable ; mais la douleur, de générale qu'elle était d'abord, devint locale et se résuma, pour ainsi dire, dans l'articulation tibio-astragalienne gauche, et affecta particulièrement la malléole interne. Deux jours après, le genou droit fut pris à son tour, et devint assez douloureux pour interdire tout mouvement de la jambe sur la cuisse ; le soir du même jour, l'épaule gauche fut aussi le siége de douleurs très vives; il n'y avait que peu de rougeur et de gonflement dans les parties affectées. C'est alors qu'il se rendit à l'hôpital ; il y vint en voiture : mais il monta les escaliers, en s'appuyant d'un côté sur le bras d'un compagnon, et de l'autre sur un bâton.

Le 4 juillet, au moment de la visite, voici l'état du malade. Décubitus dorsal, figure calme. Douleur assez vive dans le genou droit, qui est condamné à l'immobilité ; car le moindre mouvement y exaspère la douleur d'une façon insupportable. Un peu de rougeur, de chaleur et de gonflement : la rotule n'est pas appliquée sur les condyles du fémur : il y a manifestement dans l'intérieur de la cavité articulaire une accumulation de liquide qui déplace cet os. Les douleurs qui existaient dans l'épaule gauche et à la malléole interne du pied gauche, ne laissent que de légers ressentimens: les mouvemens s'exécutent assez facilement dans ces régions. Point de fièvre. Peu d'appétit : soif assez vive : point de céphalalgie. (Prescription : *Huit sangsues sur le genou, et six sur la malléole interne.*)

5 juillet. Soulagement. Diminution de la douleur au genou et au pied. Il ne reste plus qu'un peu de raideur dans l'épaule. (Prescription : *Bain; cataplasme ; trois soupes; deux bouillons.*)

7 juillet. Recrudescence des douleurs au genou, sans rougeur ni chaleur : raideur dans les autres parties précédemment affectées. Pas de fièvre. (Prescription : *Quinze sangsues sur le genou douloureux; le reste, ut suprà.*)

8 juillet. Douleurs presque nulles au genou. La veille, sur les six heures du soir, le malade avait été pris de coliques très vives, qui se sont apaisées et reproduites à plusieurs reprises : peu de sommeil durant la nuit : quatre selles mêlées d'un peu de sang : ténesme. Ce matin même, à l'instant de la visite, violentes coliques dans tout le ventre. (Prescription : *Eau de riz avec sirop de gomme ; un demi lavement de lin et de pavots; potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium; diète.*)

9 juillet. Quatre ou cinq selles sanguinolentes : trois à quatre fois, vomissement assez abondant de mucosités sanguinolentes mêlées à de la bile ; langue d'un rouge assez vif ; soif vive; épigastralgie; sensibilité abdominale très grande; fausses envies d'aller à la garde-robe; nulle douleur dans les membres. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés aux pieds et aux genoux ; cataplasmes de lin sur le ventre; deux demi-lavemens de lin; vingt sangsues à l'anus.*)

10 juillet. Les vomissemens ont été aussi abondans, et toujours composés des mêmes matières : une seule selle sanguinolente; fausses envies d'aller à la garde-robe, mais moins nombreuses que le jour précédent. Inappétence : soif vive; persistance de l'épigastralgie et de la sensibilité abdominale. Pouls un peu fréquent

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

(80). Chaleur assez élevée. Peau sèche. Articulations parfaitement libres. (Prescription : *Quinze sangsues à l'épigastre; sinapismes au genou droit et au pied gauche; cataplasme émoll. sur le ventre ; deux demi-lavemens.*)

11 juillet. Cessation des vomissemens; deux selles demi-liquides avec mucosités rougeâtres; il n'y a plus de douleur à l'épigastre et à l'abdomen : apyréxie. Point de douleurs rhumatismales. (Prescription : *ut suprà excepté les sangsues.*)

12 juillet. Encore des matières sanguinolentes dans les selles, qui ont été au nombre de quatre : pas de vomissement : il n'y a eu de douleur nulle part. (Prescription : *ut suprà.*)

13 juillet. Un vomissement contenant encore quelques matières sanguinolentes : pas de selles. Coliques. Peau chaude; pouls un peu fréquent; pas de douleurs articulaires. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés sur les articulations précédemment rhumatisées; solution de sirop de gomme; deux demi-lavemens.*)

14 juillet. Un vomissement et une selle avec quelques mucosités encore sanguinolentes, etc. (Prescription : *ut suprà.*)

15 et 16 juillet. Mêmes symptômes. Même prescription.

18 juillet. Réapparition du rhumatisme au genou gauche; soulèvement de la rotule, que l'on peut faire choquer contre les condyles fémoraux, par une pression qui, au surplus, est douloureuse : le genou est globuleux. Ni selles ni vomissemens. Son un peu obscur dans la région iliaque gauche, légèrement douloureuse à la pression. Apyrexie. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés; un demi-lavement émollient; trois bouillons; deux demi-laits de poule.*)

19 juillet. Diminution de la tuméfaction du genou gauche : la rotule est à peine dépressible : douleur presque nulle. Ni selles ni vomissemens. (Prescription : *Chiendent avec sirop de gomme; un demi-lavement de lin; catap. sinapis. sur les articulations : bain.*)

20 juillet. Retour des douleurs abdominales : selles nombreuses (10 à 12), légèrement sanguinolentes. Pas de vomissemens, pas d'envie de vomir. Disparition de la douleur et du gonflement du genou gauche. Inappétence ; soif vive ; langue un peu jaunâtre ; haleine fétide : chaleur élevée ; pouls sans fréquence (70) : peu de sommeil. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés sur les deux genoux; un demi-lavement de lin et de pavot; cat. émoll. sur le ventre ; solut. de sir. de gomme.*)

21 juillet. Genou gauche presque complètement indolent quand on le remue. Trois selles un peu sanguinolentes, avec coliques dans tout le ventre. Sommeil assez bon. Haleine fétide, langue blanche, appétit, soif vive; apyrexie. (Prescription : *Cataplasme sinapis. sur les pieds, solut. de sir. de gomme, catapl. émoll. sur le ventre, deux demi-bouillons.*)

22 juillet. Persistance des douleurs abdominales : trois selles toujours un peu sanguinolentes. Nulle douleur dans les parties primitivement occupées par le rhumatisme. Apyrexie. (Prescription : *Solut. de sir. de gomme; potion gommeuse avec un demi-grain d'extrait d'opium; un demi-lavement de lin ; quelques cuillerées de panade.*)

23 juillet. Selles nombreuses, fétides, sanguinolentes. Un vomissement également sanguinolent. Haleine fétide, bouche amère et pateuse. (Le malade a pris en cachette une grande quantité d'alimens.) Malaise général, abattement. Nulle douleur dans les articulations. (Prescription : *Potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium, eau de riz avec sir. de gomme; catapl. émoll. sur le ventre; demi-lavement de lin avec un demi-grain d'extrait d'opium.*)

24 juillet. Le malade se trouve mieux. Cependant son haleine est toujours fétide. Douleurs abdominales moins fortes qu'elles n'étaient la veille. Pas de vomissemens ni d'envies de vomir. Deux selles avec quelques glaires sanguinolentes. Soif vive. (Prescription : *Riz sirop de gomme, 2 pots; deux demi-lavemens de lin avec un grain d'extrait d'opium : cataplasmes sinapisés sur les articulations précédemment rhumatisées.*)

25 juillet. Amélioration notable de l'affection abdominale et de l'état général. Une seule selle non sanguinolente, et cela à la suite d'un lavement. Haleine moins fétide. Physionomie meilleure. Retour des douleurs dans le genou droit. (Prescription : *Riz sirop de gomme, potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium : deux demi-lavemens avec un grain d'extrait d'opium ; diète.*)

26 juillet. La douleur du genou a disparu. Huit selles muqueuses avec beaucoup de sang ; douleurs abdominales extrêmement vives, ventre tendu, voix cassée, figure altérée, peau chaude, pouls fréquent. (Prescription : *Eau de riz sir. de gomme ; deux demi-lavemens de lin avec un grain d'extrait d'opium dans chaque : catapl. émoll. et laudanisés sur le ventre ; douze sangsues à l'anus ; deux vésicatoires sur les genoux ; diète.*)

27 juillet. Deux selles à peine sanguinolentes, douleurs abdominales modérées. (Prescription : *ut suprà, excepté les sangsues, et l'opium dans les lavemens.*)

28 juillet. Deux selles peu abondantes, molles, non sanguinolentes : peu de sensibilité abdominale, même à la pression. Haleine fétide. Légère douleur dans le genou gauche. (Prescription : *ut suprà.*)

29 juillet. Pas de selles. Il n'y a de douleur nulle part. Haleine moins fétide.

1er août. Il n'y a pas de phénomènes morbides.

10 août. Le malade est parfaitement bien : il mange depuis cinq jours la demi-portion. *Excat.*

Dans notre XVIIe observation, ne doit-on pas aussi reconnaître une dyssenterie rhumatismale?

Au reste, cette forme sur-aiguë du rhumatisme gastro-intestinal n'est pas la plus fréquente: c'est la *goutte remontée* des anciens. Cette locution, pour être surannée, n'en exprime pas moins une idée juste et vraie.

Mais c'est la forme chronique qu'on a le plus souvent à observer et à combattre. Si c'est l'estomac qui est rhumatisé, la sensibilité épigastrique est exagérée, et même bien plus qu'elle ne l'est d'ordinaire dans l'inflammation de la muqueuse stomacale: cette épigastralgie, qui contraste singulièrement par sa vivacité avec l'absence ou le faible degré de réaction fébrile, s'exaspère surtout par la pression. Outre cela, il y a des nausées, des vomituritions, et même des vomissemens: mais les matières vomies n'offrent jamais cette abondance de mucosités glaireuses dont la supersécrétion est propre aux inflammations. Si ce sont les intestins qui sont affectés, une sensibilité analogue à l'épigastralgie sus-mentionnée se manifeste en telle ou telle des régions de l'abdomen correspondantes à la masse des circonvolutions intestinales: et il y a des coliques irrégulières. Dans l'un et l'autre cas, la douleur varie cent fois d'intensité et de siége, sans être influencée, au moins pour la plupart du temps, par le régime alimentaire. Quand la gastrite ou l'entérite existent, les douleurs se réveillent ou s'exaspèrent au moment précis de la digestion, soit stomacale, soit intestinale, et puis il y a presque toujours du dévoiement. En cas de rhumatisme, rien de constant dans les effets de l'ingestion des alimens, ni dans le caractère des évacuations alvines. Après les repas, tantôt les douleurs augmentent, tantôt même elles diminuent, tantôt enfin elles ne changent ni dans un sens ni dans l'autre. Il n'est pas rare d'observer cela chez un grand nombre d'individus, soi-disant atteints de gastrites ou entérites chroniques. Quelquefois même, ces gens-là vont mieux, après avoir mangé plus que d'ordinaire, ou après l'usage d'alimens excitans. Cette nullité d'influence de la part du régime alimentaire prouve, sans aucun doute, qu'on a affaire à une affection spéciale autre que l'inflammation. C'est plutôt par suite de certaines conditions atmosphériques que les souffrances deviennent plus vives, et principalement quand l'air est froid et humide, ou qu'il est orageux et chargé d'électricité. Les malades racontent que c'est bien en vain qu'on les a saignés, condamnés à la diète, soumis à toutes les rigueurs de la médication antiphlogistique; qu'ils ne s'en sont trouvés ni mieux ni pis. Ils n'ont éprouvé que des effets passagers et variables par l'emploi des médicamens calmans. Ils ont eu antérieurement, pour la plupart, des rhumatismes articulaires ou musculaires, si même ils n'en ont encore: ou bien ils sont nés de parens rhumatisans et goutteux.

C'est à l'aide de toutes ces considérations que l'on reconnaîtra ces rhumatismes gastriques et intestinaux, confondus par M. Broussais avec les phlegmasies, par Pinel avec les névroses. Avec de l'attention, on parviendra néanmoins dans la pratique à en établir le diagnostic par opposition à celles-ci et surtout à celles-là. Les affections cancéreuses seraient plutôt faites pour en imposer: remarquons toutefois qu'elles ne surviennent guère avant l'âge de quarante ans; et puis, si à leur début la méprise est possible, tôt ou tard elle cesse de l'être; car l'état général ne reste pas long-temps en disproportion avec l'intensité des symptômes locaux. Si un individu souffre de l'estomac depuis deux ans ou plus, et qu'il souffre parfois très vivement, si cependant il n'a point de fièvre, qu'il n'ait pas maigri, ou que son amaigrissement soit moins imputable à la maladie même qu'à la sévérité du régime et à l'emploi excessif du traitement antiphlogistique, croyons bien qu'il n'y a là ni cancer ni phlegmasie. Mais le rhumatisme comporte parfaitement bien tout cela: quelquefois même, si longue que soit sa durée, il n'exclut pas le teint frais et brillant de la plus splendide santé, pas plus qu'il ne lui est ordinaire, à son maximum d'acuité, de déterminer une réaction fébrile. Ainsi donc, douleurs apyrétiques et souvent passagères, ou qui se prolongent indéfiniment sans malaise général, voilà par où le médecin peut reconnaître, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique, les affections rhumatismales des entrailles. Car la durée des inflammations a quelque chose de fixe et de régulier; ni la douleur qui ne dure que quelques heures, ni celle qui dure des années sans empirer l'état général, n'appartiennent à une inflammation, à moins toutefois qu'on n'ait affaire, et cela dans le dernier cas seulement, à une série de petites inflammations successives, qu'entretiendrait un mauvais régime, ou toute autre cause.

Si le pronostic est peu grave quant à l'issue de ces rhumatismes gastriques et intestinaux, il est, certes, assez fâcheux quant à leur durée et à leurs chances de récidive.

La mort survient-elle pendant le cours de telles affections, et non pas, bien entendu, par leur seule présence: il est à peine besoin d'avertir maintenant qu'on chercherait en vain, à l'autopsie, leurs traces anatomiques.

Quant au traitement, il doit être le même qu'en cas de rhumatisme du diaphragme, du cœur ou du larynx, mais avec encore plus de précautions et de soins à l'égard du régime alimentaire. Car il faut bien se garder de l'usage d'alimens assez excitans pour agir en quelque

sorte sur la muqueuse gastro-intestinale comme les sinapismes sur la peau, et pour y rappeler ainsi ou y fixer l'affection rhumatismale.

SECTION V.

Rhumatisme de la vessie.

Le rhumatisme de la vessie a été reconnu par les anciens ; c'était, dans leur langage, la goutte qui se transportait sur les parois vésicales. Nous avons vu plus haut (art. I, § V) qu'Arétée avait particulièrement signalé cette métastase. Dans ces derniers temps, cette affection n'a plus été considérée que comme une cystite, suivant les uns, ou comme une cystalgie, suivant les autres. Il y a cependant des fibres musculaires dans la structure de la vessie, et, qui plus est, ces fibres sont jusqu'à un certain point soumises dans leur contraction à l'influence de la volonté. Il y a donc là une disposition organique, encore plus manifeste que dans le tube digestif, à subir les atteintes du rhumatisme.

On conçoit aisément que cette disposition vienne à produire son effet chez certains individus chez lesquels la diathèse rhumatismale existe, et cela surtout quand la localisation du mal est déterminée sur la vessie plutôt qu'ailleurs par des causes spéciales, c'est à savoir, par des alimens ou des boissons qui stimulent l'appareil urinaire, ou rendent les urines âcres, par l'emploi des cantharides, par l'irritation des organes génitaux, etc.

Le rhumatisme vésical peut exister sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

Dans le premier cas, le rhumatisme vésical succède à un autre rhumatisme qui s'interrompt brusquement, ou bien il survient durant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu général. Tantôt alors il y a de fréquentes micturitions (1), et l'excrétion urinaire est très douloureuse : tantôt, au contraire, il y a rétention d'urine. Il semblerait ainsi que le rhumatisme siége tantôt sur le col de la vessie, tantôt sur le fond. On observe quelquefois, sur le même individu et dans la même attaque, l'alternative des phénomènes de dysurie ou d'ischurie.

Une malade de la Clinique nous a paru offrir un cas de rhumatisme vésical aigu : voici l'observation.

XXVe OBSERVATION (2).

Courbature, lumbago, et rhumatisme articulaire du pied. Cause occasionnelle : marche forcée. Rhumatisme vésical ? Guérison.

Le 24 avril 1834, entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle saint Lazare, n. 18, Hortense George, âgée de 21 ans, bien réglée, douée d'une constitution assez forte, et d'une santé habituellement bonne.

Le dimanche matin 20 avril, elle fit à pied une partie de campagne, mangea entre le déjeuner et le dîner une galette compacte ; elle ne put manger à l'heure du dîner, et rentra le soir très fatiguée : toute la nuit, elle eut de la céphalalgie, de la douleur dans les lombes, et un sentiment incommode et général de chaleur. Le lendemain 21, elle fut obligée de garder le lit et d'observer la diète, à cause de la persistance du mal de tête et de la courbature. Le 22, depuis le matin jusqu'à midi, frisson tel que la malade ne pouvait se réchauffer : le matin et le soir, vomissement de matières verdâtres et amères. Le 24, mêmes vomissemens, trois selles liquides presque aqueuses, douleurs hypogastriques : quelques heures après l'admission de la malade dans l'hôpital, une douleur se déclara au pied gauche, dans l'articulation du troisième orteil avec l'os métatarsien correspondant.

Le 25, au moment de la visite, pesanteur dans les tempes, douleur lombaire augmentant par la flexion et l'extension du tronc, douleur vive au pied gauche : bouche amère, langue couverte d'un enduit blanchâtre ; sensibilité épigastrique à la pression; soif vive; inappétence; douleurs hypogastriques, augmentant beaucoup par la pression; chaleur peu élevée; pouls fréquent (100). (Prescription : *Saignée de douze onces; cataplasme émollient sur le bas ventre ; violette sirop de gomme, diète.*)

26 avril. Douleur à l'hypogastre : émission des urines très douloureuse ; fréquentes micturitions qu'il est impossible de satisfaire. La malade a été sondée, et on n'a pas obtenu d'urines. Deux selles liquides. Pas de vomissemens, ni de nausées. Les douleurs rhumatismales ont disparu. (Prescription : *Violette sirop de groseilles ;*

(1) De *micturio*, avoir envie de pisser. Le mot nouveau que j'emploie ici, et que je songeai pour la première fois à employer dans mon Cours de physiologie à l'Athénée royal (1829-1831), me paraît avoir droit à être adopté dans la langue médicale, comme celui de *miction*, proposé par M. Rostan dans son *Cours de clinique* pour désigner l'action d'uriner. La terminaison *urio*, *urire* désignait, chez les Latins, désir ou besoin : ainsi de *mictum*, supin de *mingere* (pisser), est dérivé *micturire*, comme *cacaurire* vient de *cacare*, et *parturire* (avoir besoin d'accoucher, être en travail) vient de *parere*, *partum* (accoucher). Aussi est-ce avec grande raison que Desormeaux, aussi habile philologue que savant accoucheur, blâme (art. PARTURITION du *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes) le néologisme inutile et impropre de quelques auteurs modernes qui substituent le nom de parturition à celui d'accouchement; il démontre que le premier nom ne devrait être réservé que pour désigner le *travail de l'enfantement*, et non pas l'accouchement lui-même. C'est d'après la loi étymologique ci-dessus indiquée que le mot *vomiturition* est aujourd'hui généralement employé et compris. Pourquoi n'en serait-il pas de même de ses analogues, micturition, parturition, etc.? C'est à l'usage, maître souverain et capricieux du langage, à en décider.

(2) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

cataplasmes sur le bas ventre, demi-lavement de lin, diète.)

27 avril. Les douleurs hypogastriques sont calmées. Les douleurs rhumatismales ne sont pas revenues. Bon sommeil. (Prescription : *ut suprà.*)

29 avril. La malade est tout-à-fait bien. (Prescription : *Quart de portion.*)

5 mai. *Exeat.*

Le rhumatisme vésical peut aussi sans doute exister sous la forme chronique.

M. le professeur Chomel a quelquefois observé certaines affections chroniques de vessie, qui lui ont paru être de nature rhumatismale. Ç'a toujours été chez des femmes ; est-ce par un simple hasard, ou bien en vertu de quelque loi étiologique? En de tels cas, la vessie était le siége de douleurs vives, qui duraient depuis trois à quatre mois, qui persistaient pendant les vingt-quatre heures de la journée, avec une micturition presque continuelle, et qui s'exagéraient lors de la miction, sans que l'urine offrît aucune modification dans son aspect. Je me rappelle avoir donné des soins à un malade en ville, lequel se trouvait dans le même cas, et est aujourd'hui parfaitement guéri. Jusqu'à présent, M. Chomel a toujours rencontré des obstacles domestiques qui ne permettaient pas aux malades d'aller éprouver les effet des eaux thermales. Il est cependant bien décidé à prescrire ce mode de traitement dans toutes les occasions semblables qui se présenteront à lui. Car, il y a forte présomption, sinon démonstration absolue, qu'en pareil cas on a affaire à un rhumatisme. Une de ces dames a eu pendant long-temps une affection dartreuse, qui a disparu lors de la manifestation des douleurs vésicales. A ce propos, M. Chomel dit avoir souvent vu les dartres et les rhumatismes se succéder alternativement. Serait-ce, dit-il, la même cause qui produirait ceux-ci, et celles-là ? Il croit toutefois qu'une réponse affirmative serait téméraire et hasardée, dans l'état actuel de la science.

Le rhumatisme vésical aigu doit être combattu par des saignées locales, par des moyens révulsifs sur les articulations libérées, et, s'il n'y a eu aucune libération métastatique, par les remèdes propres à modérer et à abréger la fièvre rhumatismale.

Dans le rhumatisme vésical chronique, c'est surtout aux bains de vapeur et aux eaux thermales qu'il faut avoir recours.

SECTION VI.

Rhumatisme de l'utérus.

Le rhumatisme de l'utérus (*Rhumatisme utérin*) est encore plus obscur que celui de la vessie.

Quand la vessie est rhumatisée, la contraction nécessaire à l'excrétion des urines augmente la douleur : et cette augmentation de la douleur par suite de l'action musculaire est un trait caractérisque du rhumatisme. Rien de pareil n'est à observer dans l'utérus.

Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer des douleurs utérines qu'on ne sait à quoi attribuer de prime-abord. Tels sont les cas dans lesquels la matrice devient tout à coup, et pour quelque temps seulement, le siége de douleurs qui sont comparées par la malade à celles de l'accouchement, et qui sont assez vives pour rendre la marche impossible, sans que d'autre part l'examen le plus attentif découvre aucune modification anomale de la matrice quant au volume, à la forme, à la position, ou à l'état de la membrane muqueuse, sans qu'il y ait, non plus, ni fièvre ni leucorrhée, ni dérangemens de la menstruation. Quelquefois, la pression aggrave la douleur en un point particulier de la région utérine, et ce point varie de position d'un jour à l'autre. Les exacerbations ou les rémissions de la douleur se manifestent d'une façon fort irrégulière, sous l'influence des mêmes remèdes : ainsi, par exemple, le bain tiède, tantôt calme le mal, tantôt l'exaspère. Serait-ce là une affection nerveuse, une *hystéralgie ?* M. Chomel penche plus volontiers à regarder cela comme un rhumatisme chez les femmes qui ont fait preuve antérieurement d'une diathèse rhumatismale, ou qui peuvent l'avoir reçue héréditairement.

On trouve dans Rodamel (*Tr. du rh. chron.*, p. 203 et seqq.) plusieurs observations particulières qui présentent, chez des femmes habituellement rhumatisantes, des douleurs utérines consécutives à des rhumatismes francs et réguliers, ou quelquefois alternant à plusieurs reprises avec ceux-ci, comme pour mieux révéler de quelle nature elles étaient.

SECTION VII.

Autres rhumatismes anomaux, dans des organes fibreux non articulaires.

§ Ier. — Au périoste.

La science possède des faits qui nous paraissent établir l'existence des rhumatismes du périoste. Tels sont les cas des douleurs fixées sur un os superficiel, sans aucune trace de gonflement, et apparues consécutivement ou simultanément à des affections incontestablement rhumatismales. Dans le cours de la clinique de 1833-34, nous avons observé un individu atteint d'une douleur au sternum, laquelle, à raison du commémoratif, nous a paru de nature rhumatismale. Dernièrement encore, chez une dame de mes clientes, sujette depuis plusieurs années à des attaques de goutte, j'ai vu, à deux reprises

différentes, une douleur très aiguë se manifester à l'épitrochlée (tubérosité interne de l'humérus) : cette douleur, qui s'exaspérait vivement par la plus légère pression, était parfaitement bornée à l'apophyse indiquée, et ne s'étendait pas le moins du monde à l'articulation huméro-cubitale, dont les mouvemens de flexion et d'extension n'étaient nullement entravés.

Lors même qu'il y a gonflement de l'os, et que le mal peut être qualifié d'exostose, ou plutôt de périostose, une pareille conjecture est de saison, si cette périostose a remplacé un rhumatisme articulaire chez des individus non affectés de syphilis, ou qui ont été infructueusement soumis à un traitement mercuriel. Latour d'Orléans a cité plusieurs exemples de périostose rhumatismale, Lecomte, médecin d'Evreux, en cite un cas dans l'ancien *Journal de médecine :* voici l'abrégé substantiel de son observation.

« Un homme, âgé de trente-six ans, avait eu » dans sa jeunesse un rhumatisme au genou » droit : en 1782, douleurs dans l'épaule gauche, » précédemment contuse ; au printemps de » 1783, alternative de pleurodynie et de tuméfaction douloureuse à la PARTIE MOYENNE DU » STERNUM, disparaissant par l'application des » vésicatoires sur le point affecté, et se manifestant de nouveau dans le lieu qu'elles » avaient auparavant occupé et avec les mêmes » symptômes : ensuite la douleur se fit sentir » à l'épaule, disparut, et plus tard se porta » dans la partie antérieure et latérale droite de » la tête, avec élancemens considérables dans » l'œil. Deux ans après (1785), retour des douleurs de tête et de l'épaule, EXOSTOSE CONSIDÉRABLE DE LA CLAVICULE GAUCHE dans toute sa » longueur ; amaigrissement de tout le corps » pendant l'année suivante (1786), atrophie des » deux membres abdominaux et du bras gauche ; TUMEUR OBLONGUE SUR LA CRÊTE DU TIBIA » DROIT, au dessus de la partie moyenne de cet » os ; de temps en temps APPARITION, SUR DIVERS » POINTS DE LA TÊTE, DE TUMEURS SENSIBLES A LA PRESSION, DIMINUANT par la chaleur, et DISPARAISSANT en quelques jours. Le malade n'avait jamais eu aucune affection vénérienne ; on lui » administra néanmoins, avant la manifestation des exostoses, trente frictions mercurielles, qui n'apportèrent aucun soulagement aux souffrances actuelles, et n'empêchèrent pas d'autres symptômes nouveaux de » s'y joindre. Il n'y eut jamais d'exaspérations » nocturnes ni de douleurs ostéocopes. » (Chomel, *Thèse inaug.*)

Ces affections rhumatismales du périoste sont combattues avec succès par des applications de sangsues, par des vésicatoires, et par les eaux thermales.

§ II.— Aux dents.

Les dents paraissent aussi être sujettes à des douleurs de nature rhumatismale. Et peut-on s'en étonner ? L'émail dentaire ne se rapproche-t-il pas du tissu fibreux par sa structure, et n'est-il pas à l'ivoire de la couronne ce que le périoste est aux os ? N'y a-t-il pas là, d'ailleurs, une sorte d'articulation ?

Chez un jeune malade couché au n° 19 de la salle Ste-Madelaine (juillet 1834), entré à l'hôpital pour un lumbago, puis atteint de douleurs assez vives dans les genoux et les coudes, nous avons observé, après la disparition du lumbago, et avant l'apparition des douleurs articulaires, une odontalgie mobile qui siégeait tour à tour à la mâchoire inférieure et à la mâchoire supérieure, tantôt à droite, tantôt à gauche : toutes les dents avaient la couronne dans un état d'intégrité parfaite, et la souffrance s'exaspérait surtout par la mastication. Tout cela, certes, porte à présumer que l'odontalgie était de même nature que le lumbago antécédent et les douleurs articulaires consécutives.

On trouve, dans une observation recueillie par Pinel (*Nosogr. phil.*, Rhumat. fibreux, § Ier), un exemple semblable d'odontalgie survenue pendant le cours d'une affection rhumatismale très mobile.

Frédéric Hoffmann considérait un grand nombre d'odontalgies comme rhumatismales. (*Tr. de la Goutt. et du Rhum.*, traduit par Bruhier, p. 98 et seqq.)

Sauvages, sur le témoignage de Musgrave, avait posé comme espèce particulière l'*Odontalgia arthritica*. (*Nosol. méthod.*, class. VII, gen. *Odontalg.*, sp. 6.)

§ III.—A la dure-mère.

Peut-être la dure-mère, en tant qu'organe fibreux, est susceptible de douleurs rhumatismales. Mais, le cas échéant, il serait fort difficile de le diagnostiquer parmi toutes les espèces possibles de céphalalgie; lors même qu'il y aurait eu à plusieurs reprises succession alternative de la douleur de tête, et d'un rhumatisme extérieur bien évident, on ne pourrait se prononcer d'une manière affirmative, et aller au-delà d'une simple conjecture. Car la douleur, en cas pareil, étant profonde, et n'augmentant point par la pression comme en cas de rhumatisme épicrânien, se confond avec toutes les douleurs intra-crâniennes.

§ IV. — A la sclérotique.

Dans ces derniers temps, quelques médecins avaient voulu qu'on regardât comme rhumatismale toute ophtalmie bornée à la sclérotique, à

cause de la nature anatomique de cette membrane. Mais c'est là évidemment une exagération. Il y a, sans contredit, des inflammations articulaires, et pour employer le langage favori de notre siècle, des arthrites qui ne sont point rhumatismales ; prétendre le contraire, c'est sacrifier la vérité à l'esprit de système. Hé bien ! ce n'est pas non plus une prétention exacte que de réduire à un seul et même principe toutes les inflammations de la sclérotique, laquelle, sans aucun doute, peut s'enflammer purement et simplement par suite d'un plaie, ou de toute autre violence extérieure. Or, ces inflammations traumatiques ne peuvent raisonnablement être considérées comme identiques à une inflammation spécifique telle que le rhumatisme. Mais celle-ci doit être admise et reconnue, quand la sclérotique devient le siége d'une douleur, et que la rougeur de la conjonctive n'apparaît que consécutivement, sans supersécrétion catarrhale, et cela chez un individu antérieurement atteint de rhumatismes évidens avec lesquels ces symptômes ont alterné. En pareil cas il faut employer les mêmes moyens de traitement que pour les rhumatismes viscéraux, dont nous nous sommes occupés dans les sections précédentes.

SECTION VIII.

Doit-on admettre un rhumatisme des nerfs ?

Reste enfin une dernière question relativement au siége du rhumatisme : c'est à savoir si les nerfs sont susceptibles d'être atteints aussi de cette affection. Ils ont bien une structure fibrillaire comme les muscles, et offrent avec ceux-ci une étroite connexité de fonctions, de sorte qu'on pourrait croire de prime-abord qu'ils doivent, et par analogie anatomique et par relation physiologique, contracter les mêmes maladies. Mais, si la cause rhumatismale peut, selon toute vraisemblance, produire une affection douloureuse des cordons nerveux, mieux vaut donner à cette affection le nom générique de névralgie que celui de rhumatisme : car, après tout, le tissu des nerfs est essentiellement différent de celui des muscles ; c'est un tissu *sui generis,* dont les maladies doivent aussi, en conséquence, former un genre à part.

Cependant, il faut l'avouer, il y a de frappans rapports de ressemblance entre certaines névralgies des membres et les rhumatismes. En effet, par exemple, les névralgies crurales ou sciatiques se présentent sous deux formes diverses. Sous la première forme, elles consistent dans des accès qui ne durent d'ordinaire que cinq à six minutes, et tout au plus une heure : chaque accès se compose de la répétition rapprochée d'élancemens excessivement douloureux qui se produisent comme par secousses électriques; il est quelquefois provoqué, au milieu du calme le plus complet, par le mouvement du membre ou par les efforts de défécation, comme les accès de névralgie faciale le sont par la mastication : dans l'intervalle des accès, le malade ne ressent aucune espèce de douleur. Sous la seconde forme, qui est même la plus commune, la douleur ne sévit point par crises instantanées et intermittentes; elle existe toujours d'une façon permanente et sourde ; elle s'exaspère par le mouvement, mais ne cesse point complètement par le repos ; après l'exacerbation, il y a rémission, mais non pas calme absolu. Il est extrêmement probable que ces deux formes de névralgie crurale ou sciatique se rattachent à des causes diverses. La première est analogue à la névralgie faciale, et réclame spécialement l'emploi des pilules de Méglin et des narcotiques à haute dose. La seconde est certainement beaucoup plus semblable à un rhumatisme musculaire qu'à la névralgie faciale; elle survient d'ordinaire chez les rhumatisans, et alterne fréquemment avec les rhumatismes proprement dits. M. Chomel citait déjà dans sa *Thèse* (p. 56) quatre cas où le rhumatisme avait cessé par l'apparition d'une névralgie sciatique. Depuis, dans une pratique de plus de vingt années, il a souvent vu le même fait se produire.

Dans le cours de cet ouvrage, deux observations ont déjà offert de tels exemples (Ire et VIe observ.). Voici encore un cas pareil, également observé à la Clinique, lors des leçons de M. Chomel.

XXVIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Quatrième attaque, à un intervalle de vingt ans depuis la première. Cause probable : profession de blanchisseuse. Rhumatisme musculaire, combiné au rhumatisme articulaire. NÉVRALGIE SCIATIQUE et CRURALE dans le cours de l'affection. Saignée non couenneuse. Guérison au bout de douze jours depuis l'entrée, et de vingt jours depuis l'invasion par une seule saignée et deux applications de sangsues.

Le 25 août 1834, entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle St-Lazare, n. 11, la femme Boisgontier, blanchisseuse, âgée de 39 ans, douée d'une bonne constitution.

Elle avait eu des attaques antérieures de rhumatisme articulaire. La première attaque était survenue à l'âge de dix-neuf ans, et avait duré cinq semaines. La seconde attaque, venue neuf ans après, avait duré environ un mois. La femme Boisgontier renonça alors à son état de blanchisseuse, qui l'exposait habituellement au froid et à l'humidité; mais elle s'y remit au bout de quatre ans. Elle eut, il y a trois ans, une nouvelle attaque dans laquelle les dou-

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

leurs furent excessivement aiguës. Dans ces trois attaques, ce fut toujours dans les membres que siégea le mal.

Actuellement, cette femme est prise pour la quatrième fois: l'invasion de la maladie eut lieu il y a huit jours, on ne peut savoir à quelle occasion. Il y eut d'abord de la fièvre, avec rhumatisme des deux genoux et des deux coude-pieds; quatre jours après, les douleurs se portèrent dans les bras. La malade avait toujours conservé son appétit, et ne s'était point abstenue de manger.

26 août (lendemain de l'entrée, et première visite). Épaule et coude gauches douloureux dans le mouvement et à la pression. Les articulations correspondantes du bras droit ne deviennent douloureuses que dans la contraction nécessaire pour mouvoir le membre. Point de gonflement ni de rougeur aux articulations malades. Point de fièvre. Bon appétit. Enfin, toutes les fonctions à l'état normal, sauf les mouvemens des parties rhumatisées. (Prescription: *Saignée*, 3 *palettes; cataplasmes; chiendent; quart de portion sans vin*, 2 *tasses de lait.*) — Le sang tiré de la veine ne fut pas couenneux; mais cependant très ferme.

27 août. Bras droit complètement dégagé. Coude gauche également libre. Épaule gauche encore un peu douloureuse. Poignet gauche douloureux, gonflé et d'un rose luisant; toutes les articulations du métacarpe avec les doigts, et des phalanges entre elles, à la main gauche, sont douloureuses, rouges et tendues; les doigts sont dans la flexion. La malade n'a pas dormi, n'est pas allée à la selle; mais elle est toujours bien quant aux autres fonctions, et a même grande faim. (Prescription: *Catapl.; chiendent; lavement; quart et quatre tasses de lait.*)

28 août. Insomnie. Même état. (Prescription: *Douze sangsues sur la face dorsale de la main*, le reste, *ut suprà.*)

29 août. Sommeil. Le doigts, devenus libres, peuvent s'étendre sans douleur; mais il y a toujours rougeur, chaleur et gonflement aux articulations du carpe avec le radius et avec le métacarpe, et des deux rangées du carpe entre elles. L'épaule gauche est toujours un peu douloureuse. (Prescription: *Dix sangsues autour du poignet*, etc.)

30 août. État général toujours bon. Le poignet gauche, quoique toujours un peu rouge et gonflé, n'est plus douloureux dans les mouvemens de flexion et d'extension; mais il est encore excessivement sensible à la pression extérieure. Pendant la nuit il est survenu une douleur dans la partie supérieure et externe du bras (muscle deltoïde). Il n'y a plus rien à l'articulation de l'épaule. Rien au coude. (Prescription: *ut suprà.*)

31 août. Insomnie, pouls fréquent (96). Poignet, bien. Partie charnue de l'avant-bras, en haut et en avant, douloureuse à la pression et lors des mouvemens; l'articulation cubito-humérale est libre. Le petit orteil du pied gauche est douloureux, mais seulement lors de la station, et cela sans rougeur ni gonflement: la douleur s'étend de dessous cet orteil comme une ligne jusque derrière le genou, puis le long de la région interne de la cuisse jusqu'à l'aîne. — Il n'y a d'autre moyen d'expliquer cette douleur que par une névralgie (*rhumatismale?*) des divisions inférieures du nerf sciatique, et puis du rameau saphène interne du nerf crural. (Prescript.: *ut suprà, mais diète absolue.*)

1er septembre. Insomnie. Pouls fréquent. Avant-bras moins douloureux. Depuis ce matin seulement, la douleur névralgique a disparu: il n'y a plus que le derrière du genou qui soit un peu douloureux. (Prescription: *ut suprà.*)

2 septembre. Sommeil. Pouls moins fréquent que la veille (84). Rien à l'avant-bras et au genou. Articulation coxo-fémorale droite un peu douloureuse pour la première fois. (Prescription: *ut suprà*.

3 septembre. La hanche droite est un peu mieux. Aîne gauche, un peu douloureuse. Faim très vive. (Prescription: *Bain; catapl., quatre soupes.*)

4 septembre. La malade a senti pendant la nuit la douleur partir, pour ainsi dire, de l'articulation de la hanche droite et se propager successivement jusque derrière l'omoplate gauche et à l'épaule du même côté. Pouls normal (72). Faim impérieuse. (Prescription: *Catapl.; bain; quart de portion.*)

5 septembre. Sommeil très bon. Pouls faible et lent (68). Il n'y a plus que de la raideur à l'épaule et au genou. La malade a marché hier sans douleur, mais avec difficulté. (Prescription: *ut suprà.*)

Depuis lors, la malade alla recouvrant ses forces, et ne ressentant que quelques légères douleurs çà et là: elle sortit le 22 septembre, en un parfait état de santé.

Cette coïncidence de la névralgie sciatique avec les affections rhumatismales et goutteuses s'observe trop fréquemment pour qu'il soit permis de la mettre sur le compte du hasard; en cas pareil, il est vraisemblable de regarder la névralgie sciatique, sinon comme un rhumatisme, du moins comme une affection d'origine rhumatismale. Ce n'est donc pas sans raison que les anciens avaient qualifié cette maladie de *goutte sciatique*, et que Sauvages, entre autres, reconnaît à titre d'espèce nosologique *l'Ischias arthriticum* (*Nos. Méth.*, class. VII, genr. XXXI, sp. 11).

Pareillement, certaines paralysies partielles, qui surviennent dans le cours d'un rhumatisme, ainsi que la VIIIe observation nous en

offre un exemple; certains cas d'hémiplégie faciale qui ne doivent pas être rapportés à une hémorrhagie intra-cérébrale, mais à une paralysie subite de la portion dure de la 7e paire: ce sont là encore des affections qu'il n'est pas invraisemblable de rapporter à la cause rhumatismale. Mais, cette étiologie fût-elle hors de contestation, toujours est-il qu'il y a là une maladie tout autre qu'un rhumatisme. Les muscles ne sont pas douloureux, mais paralysés, ce qui est l'inverse du rhumatisme.

ARTICLE V.

NATURE DU RHUMATISME.

Maintenant que nous avons accompli l'étude descriptive et thérapeutique du rhumatisme partout où il siége évidemment et où il parait pouvoir siéger, avons-nous entièrement fini notre tâche, et devrions-nous clore ici notre monographie ? Non certes. Car il nous reste une importante question à examiner, c'est à savoir quelle est la nature du rhumatisme.

Assurément, en un certain sens, c'est chose impossible que de résoudre un tel problème. Le plus mince écolier de métaphysique sait bien que l'intelligence humaine n'est pas faite pour connaître la nature intime d'aucun être ni d'aucun phénomène. Mais, ce que nous pouvons connaître par une comparaison réfléchie des faits qui tombent sous la portée de notre entendement, c'est que tels ou tels êtres, tels ou tels phénomènes sont ou non de même nature. Ce que cette proposition peut avoir d'obscur pour les esprits peu familiers avec les abstractions métaphysiques, éclaircissons-le sur le champ par un exemple emprunté à ces sciences qu'on nomme *exactes* et *positives* par excellence. Depuis les sublimes calculs de Newton, il est démontré que la révolution de la lune autour de la terre, comme celle de la terre elle-même et des autres planètes autour du soleil, est un fait de même nature que la chute des graves; mais au fond, on ignore encore et on ignorera toujours quelle est la nature intime de cette force générale de gravitation ou attraction, suprême régulatrice de notre système planétaire.

Hé bien ! pareillement, pour en revenir à notre sujet, nous autres pathologistes, sans porter nos prétentions ni plus ni moins haut que les physiciens, nous devons nous demander si les maladies rhumatismales sont de nature identique à telle ou telle autre classe de maladies, aux inflammations, par exemple, ou aux névroses, etc., ou bien, enfin, si elles ont un caractère à part, et, comme on dit, une nature spécifique.

Mais, avant même d'aborder cette question fondamentale, il convient de vider une question préalable, celle de savoir s'il y a lieu d'établir une distinction essentielle et radicale entre la goutte et le rhumatisme, et si la séparation mise entre ces deux maladies par le langage vulgaire n'est pas plus nominale que réelle. Dans le cours de cet ouvrage, nous avons été plus d'une fois obligés de faire connaître d'avance, ainsi que l'exigent souvent les nécessités synthétiques de l'enseignement, la conclusion par nous adoptée sur cette dernière question. Le moment est venu, maintenant, d'exposer à nos lecteurs les considérations sur lesquelles nous appuyons notre opinion : c'est ce que nous allons faire dans la première section de cet article.

SECTION PREMIÈRE.

Identité du rhumatisme articulaire et de la goutte.

Qu'à l'exemple de Sauvages et d'un grand nombre de médecins des siècles précédens on distingue génériquement le rhumatisme et la goutte (*arthritis*), en définissant celui-là une affection douloureuse des muscles, et celle-ci une maladie caractérisée par des douleurs articulaires spontanées (c'est-à-dire, produites sans violence extérieure) ; nul doute qu'en ce sens la distinction ne soit très légitime et très bien fondée. C'est établir la séparation nosologique que nous avons établie nous-mêmes, dans un autre langage, entre le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire. Qu'on se rappelle combien de différences saillantes nous avons pu signaler entre l'un et l'autre ! Mais, d'autre part, il faut l'avouer, il y a d'importans points de contact. Et ce qui semble surtout autoriser non seulement à rapprocher, mais à confondre les deux affections, c'est que très souvent elles alternent l'une avec l'autre, ou existent toutes deux en état de contiguité ou plutôt de continuité chez un même sujet, comme nous l'avons démontré ailleurs (art. II, sect. Ire, § V). En pareil cas, la plupart des médecins n'ont pas vu là une complication fortuite et accidentelle de deux maladies, mais une seule et même maladie sous des formes différentes à raison de la diversité des tissus affectés. Il y a donc eu évidence à reconnaître que les affections arthritiques ont une affinité intime avec les douleurs rhumatismales des muscles; et de là, la locution toute moderne de *rhumatisme articulaire*. Tous les médecins sont d'accord sur ce point : tous admettent et le nom et la chose, du moins quant aux grandes articulations.

Mais quelques-uns veulent encore admettre, sous le nom de goutte, une maladie essentiellement différente du rhumatisme articulaire.

Mais voyons donc par quels moyens les parti-

sans de cette opinion prétendent reconnaître et distinguer la goutte.

Serait-ce, d'abord, parce que la goutte affecte les petites articulations, et notament celles du gros orteil, à l'exclusion des grandes articulations ?

Sans doute, il est bien clair que les symptômes du rhumatisme articulaire ne devront pas être tout-à-fait les mêmes à la hanche et aux phalanges. Si le rhumatisme siége dans une grande articulation, il n'y a que peu ou point de gonflement manifeste : si dans une articulation de moyenne grandeur, comme le genou, le coude, etc., alors la rougeur et le gonflement se prononcent un peu : si dans une petite articulation, c'est bien pis encore. Mais sont-ce là des différences tranchées et essentielles ? Assurément non; car ce sont de simples nuances dont on voit la gradation correspondre au plus ou moins d'épaisseur des parties interposées entre l'articulation même et l'enveloppe tégumentaire.

De plus, chez bon nombre de *goutteux*, les grandes et les petites articulations sont prises simultanément. Quel cas faire alors de ce prétendu signe pathognomonique qu'on a cru trouver dans une préférence exclusive de la goutte pour les petites articulations ?

Ainsi, dès que vous aurez admis qu'il y a, comme on l'indique par la communauté du nom générique, une analogie frappante entre le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire, force vous sera bien alors d'admettre une parenté entre ce qu'on nomme goutte et le rhumatisme articulaire : car, de celle là à celui-ci la ressemblance est bien plus frappante encore que de celui-ci au rhumatisme musculaire.

Quant aux troubles digestifs qu'on dit exister plus particulièrement avec la goutte qu'avec le rhumatisme simple et ordinaire des grandes articulations, l'observation ne nous a rien moins que démontré cela : nous avons même plutôt observé le contraire : nous avons vu, en général, les sympathies morbides de l'estomac se prononcer d'autant plus vivement que les articulations rhumatisées étaient plus considérables.

On a encore signalé comme caractères de la goutte sa transmission héréditaire de génération en génération, ses rapides changemens de siége, la périodicité de ses attaques; mais, encore un coup, ne sont-ce pas là des caractères propres au rhumatisme articulaire ?

Toutes les formes sous lesquelles on représente la goutte rentrent exactement dans celles du rhumatisme articulaire. Et d'abord, la goutte dite régulière, c'est-à-dire celle qui éclate dans les petites articulations avec tous les symptômes ordinaires de l'inflammation, n'offre certainement aucune différence. Mais les partisans de la spécificité de la goutte appuient particulièrement leur opinion sur les *gouttes irrégulières*. Hé bien ! examinons un peu ce point, et vraiment nous n'y trouverons rien qui nous induise à penser comme eux.

Ainsi, que voyons-nous dans la *goutte anotique*, caractérisée, dit-on, par des douleurs vagues dans les membres et dans les diverses régions du tronc, et par une affection chronique du tube digestif, et tout cela sans signes évidens d'une inflammation vraie, pas plus en dedans qu'en dehors ? C'est tout simplement une complication fort naturelle des rhumatismes musculaires ordinaires avec le rhumatisme gastro-intestinal que nous avons décrit dans un article spécial. Somme toute, c'est donc là, à proprement parler, un rhumatisme musculaire plutôt qu'une goutte : car il n'y a là ni petites ni grandes articulations qui soient affectées.

Et la *goutte rentrée*, cette brusque explosion, en un viscère quelconque, d'accidens inflammatoires, ou apparemment tels, par suite de la délitescence de l'affection articulaire, qu'est-ce autre chose qu'une de ces métastases que nous avons signalées dans l'histoire du rhumatisme, et qui n'apparaissent pas moins souvent durant l'affection des grandes articulations que durant celle des petites ?

Parlerons-nous de la *goutte mal placée*, ce Protée aux mille formes, dont peu de médecins d'aujourd'hui tiennent sérieusement compte, mais qui, sur la foi de vieilles autorités, peut encore sembler à quelques-uns une réalité, et non pas un vain mot ? Ici, il n'y a plus simultanéité, ou du moins succession immédiate de la disparition d'une maladie articulaire, et de l'invasion d'une affection viscérale. C'est que seulement, à en croire certains médecins, un goutteux ne pourrait jamais avoir que des maladies goutteuses, fût-ce la plus franche pneumonie, fût-ce une apoplexie, et cela même long temps après la dernière attaque de goutte. Mais c'est une prétention dénuée de toute vraisemblance que de ramener à une seule et commune étiologie les maladies les plus diverses sous le rapport de leur siége, de leurs symptômes et de leur marche, par cela seul qu'elles se déclarent chez un individu atteint d'une certaine diathèse morbide. Tout n'est pas cancer chez un cancéreux, ni vérole chez un vérolé, ni goutte non plus chez un goutteux. Que certaines affections intérieures soient de nature rhumatismale, ou, si l'on aime mieux, goutteuse (nous employons indifféremment l'une et l'autre expression), oh ! cela est vrai, mille fois vrai, et, par notre article sur les rhumatismes viscéraux, nous espérons contribuer, pour notre part, à vulgariser cette vérité. Mais, encore un coup, ces rhumatismes internes ne sont pas plus propres aux goutteux proprement dits, c'est-à-dire, à ceux chez lesquels les pe-

tites articulations se sont enflammées, qu'à ceux qui n'ont jamais eu de rhumatisés que les muscles de la vie animale ou les grandes articulations.

Nous ne voyons donc rien qui, sous le rapport du siége, tende à faire considérer la goutte, ou inflammation des petites articulations, comme une maladie essentiellement distincte de l'inflammation rhumatismale des grandes articulations.

Mais, a-t-on dit, si la goutte ne diffère point du rhumatisme articulaire quant au siége, elle en diffère certainement quant aux individus qu'elle attaque ; elle épargne les classes pauvres et ouvrières, et ne sévit que sur les riches; aussi n'a-t-on jamais occasion de l'observer dans les hôpitaux. Certes, le pauvre ne vient pas, d'ordinaire, à l'hôpital pour un orteil ou un doigt rhumatisé; il ne consulte même pas, la plupart du temps, un médecin ; il ne reclame guère les secours de l'art que lorsqu'il est complètement perclus d'un ou plusieurs membres, et forcément obligé, par là, d'interrompre ses pénibles travaux: voilà ce qui explique et justifie en quelque sorte le préjugé qne nous venons de formuler au commencement de cet alinéa. Mais on aurait grand tort de croire que, chez les pauvres, la maladie ne débute jamais par les petites articulations. M. Chomel affirme en avoir vu des exemples : s'il m'est permis d'ajouter mon faible témoignage au sien, je dirai que des faits pareils se sont offerts à moi dans ma pratique de médecin des dispensaires; et, certainement ils sont bien indigens et bien misérables ceux qui viennent, dans leurs maladies, réclamer l'assistance de la Société philantropique. Qu'on cesse donc de faire de la goutte une sorte de maladie privilégiée et aristocratique, faisant fi des *cases étroites,* et n'habitant que les *palais si grands, si beaux, si bien dorés* (1). Ne semble-t-il pas en vérité que les riches et les puissans du siècle aient voulu, jusque sur un lit de douleur, se distinguer encore de la plèbe par le nom même de leurs infirmités ?

On a voulu que les concrétions tofacées fussent le signe caractéristique et pathognomonique de la goutte, Mais cela est encore vain; car, si un individu est tout à la fois pris de rhumatisme dans les grandes et dans les petites articulations, ce n'est que dans ces dernières qu'on voit les tofus se former sur la fin de l'affection rhumatismale. Cette différence ne doit donc pas être attribuée à une différence de nature entre le rhumatisme des grandes articulations, et celui des petites, mais à la seule différence de siége. Autrement comment expliquer que la goutte, lorsqu'elle se porte des orteils au genou, détermine si rarement, ici comme là, la formation de tofus ?

(1) La Fontaine. *La Goutte et l'Araignée.*

On a encore signalé la fréquente coïncidence de la goutte avec la gravelle. Scudamore, Sydenham, Morgagni et une foule d'autres observateurs l'ont rencontrée. On en a voulu inférer qu'il y avait une communauté d'origine, une sorte de fraternité entre ces deux affections, ce qui militait, par conséquent, en faveur de la spécificité de la goutte, attendu que la même coïncidence ne n'observait pas à l'égard du rhumatisme. Mais faisons attention qu'on tournait là dans un cercle vicieux. Une fois qu'on avait complaisamment admis ce principe que la goutte était la maladie des gens riches, et le rhumatisme celle des gens pauvres, cette différence de l'une avec l'autre sous le rapport de la coexistence de la gravelle s'ensuivait nécessairement. Evidemment les riches ont l'incontestable et triste privilége d'être plus sujets que les pauvres à la gravelle, qui reconnaît pour causes principales une vie oisive et la bonne chère et qui se guérit presque sûrement, on le sait, par un emploi actif des forces musculaires et par le renoncement à une alimentation trop nutritive. Or, si un riche gastronome, tout en demeurant condamné au repos par une affection articulaire chronique, n'en continue pas moins son régime ordinaire, il se destine presque inévitablement aux souffrances de la gravelle. Mais ce sera là une complication accidentelle, et non pas une conséquence nécessaire de la goutte. Car, suivant la remarque du docteur Aubry dans son excellente thèse inaugurale *Sur les causes de la gravelle* (1823, no 10), c'est fort à la légère que Scudamore a posé en règle générale que les individus goutteux sont tôt ou tard affectés de gravelle ou rendent une urine qui dépose un sediment rosé : ce n'est point là du tout le résultat statistique des observations particulières que cet auteur a recueillies et données ; la gravelle ou le sédiment rosé n'y figurent parmi les circonstances commémoratives, ou parmi les symptômes actuels, que dans le quinzième des cas.

Cette opinion de M. le professeur Chomel, sur l'identité du rhumatisme et de la goutte, n'est certainement pas une idée conçue *à priori;* elle est bien, chez lui, le fruit d'une expérience consommée et mûrie. Car, dans sa thèse inaugurale, il regardait, suivant le préjugé général, les deux maladies comme distinctes. C'est qu'alors il n'était guère versé que dans la pratique des hôpitaux, et qu'il n'avait eu là à voir que peu de ces malades qu'on nomme particulièrement des goutteux, et qui se trouvent surtout dans la classe riche. Depuis, la clientèle civile l'a mis à même de se faire une opinion là-dessus d'après ses propres observations, et non sur la simple parole des praticiens du grand monde.

Donc, en définitive, rien ne légitime une

distinction fondamentale entre la goutte et le rhumatisme articulaire ordinaire. Comme celui-ci, la goutte est tantôt héréditaire, tantôt acquise, sévit indistinctement sur toutes les classes de la société, récidive fréquemment chez les individus qui en ont été une fois atteints, se déplace d'une articulation à une autre, et rétrocède à l'intérieur: et, ce qui est plus important encore à noter, c'est qu'il y a très souvent simultanéité de la goutte avec le rhumatisme des grandes articulations, ou transformation réciproque de celle-là en celui-ci, et de celui-ci en celle-là: enfin, il n'y a entre les symptômes et les lésions de l'une et l'autre affection que de très légères différences, imputables à la différence de siége. Donc la goutte doit être considérée, en bonne nosologie, comme identique au rhumatisme: ou tout au plus, si l'on veut, elle peut être mentionnée à part comme une simple variété.

De tout ce qui précède, il résulte que les goutteux doivent être traités comme les rhumatisans. A une certaine époque, en cas de goutte atonique, et même de goutte rentrée ou mal placée, on prescrivait les toniques et les amers. Une pneumonie survenait-elle chez un goutteux: on craignait de l'attaquer vigoureusement par les moyens antiphlogistiques et on insistait surtout sur les sudorifiques. Mais aujourd'hui on a renoncé à ces idées. On se garde bien, et avec raison, de ne pas combattre toutes les maladies accidentelles d'un goutteux aussi énergiquement que possible à l'aide des moyens ordinaires.

SECTION II.

Le rhumatisme a une nature propre et spécifique.

Venons enfin à la dernière question de notre sujet: c'est à savoir si le rhumatisme est ou non une pure et simple inflammation.

Certes, dans un grand nombre de cas, le rhumatisme apparaît avec tout le cortège des symptômes inflammatoires. Mais nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi: et ce n'est pas ici le cas de dire que l'exception confirme la règle. Une maladie franchement et essentiellement inflammatoire, comme, par exemple, la pneumonie ou la pleurésie, garde, en toute circonstance et sans exception, le caractère d'inflammation. Mais, dans le rhumatisme, il n'y a souvent que la douleur qui constitue, à elle seule, tout le mal; d'autres fois, à la douleur il se joint seulement de la chaleur; quelquefois même, par opposition à la loi des inflammations, c'est un sentiment de froid qui coexiste avec la douleur; et celle-ci en bon nombre de cas n'est point exaspérée par la pression, mais, au contraire, soulagée par le frottement. Puis, si un malade atteint de rhumatisme musculaire vient à succomber, l'examen nécroscopique ne montre point que l'état du muscle affecté diffère en rien de l'état sain: aucune altération anatomique ne peut être découverte; on ne trouve pas même, dans le tissu cellulaire des interstices musculaires, les moindres traces d'une augmentation d'exhalation, ce cachet ordinaire des inflammations à leur plus faible degré.

Mais, dira-t-on, si dans ces cas exceptionnels la nature du rhumatisme semble se dérober à nos regards, ne se révèle-t-elle pas clairement dans tous les autres cas sous cette forme inflammatoire qui en rend sensibles les véritables caractères par une sorte de grossissement pathologique? Nous répondrons que même sous cette forme le rhumatisme a des caractères propres qui le distinguent d'une phlegmasie pure et simple. Et d'abord, l'inflammation n'est point, d'ordinaire, bornée à une seule partie du corps, mais se trouve disséminée sur plusieurs points. Or, toutes et quantes fois nous trouvons, à la surface ou à l'intérieur du corps, quinze, vingt, cent ou mille foyers d'inflammation, comme, par exemple, dans la variole, dans la rougeole, dans la syphilis, etc., notre raison est obligée d'admettre l'existence d'une cause unique et commune à laquelle toutes ces inflammations disséminées se rattachent; et c'est cette cause même (virus, miasme, ou principe, ou sous tel autre nom qu'il vous plaira de lui donner) qui fait le fond et l'essence de la maladie, et que les bons esprits ne doivent pas perdre de vue pour ne songer qu'à ces phlegmasies partielles qui en sont, il est vrai, la plus ordinaire manifestation, mais qui cependant peuvent quelquefois manquer, la maladie demeurant essentiellement la même. Ainsi, les plus grands médecins ont admis que la variole a quelquefois lieu sans pustulation, sans phénomènes exanthématiques. Ainsi, la fièvre typhoïde peut se développer et être mortelle, sans lésion des plaques de Peyer. Ainsi, pour revenir à notre sujet, la cause du rhumatisme articulaire ne sévit pas toujours sur les articulations; mais, comme nous l'avons montré, trouble directement, idiopathiquement et isolément certains viscères.

En second lieu, une inflammation franche et véritable a d'abord une période d'accroissement, puis une période de déclin, et se trouve par conséquent soumise à des conditions déterminées de durée. Mais le rhumatisme disparaît tout à coup du point qu'il avait primitivement envahi, se porte ailleurs, puis revient à son premier siége: il n'a pas plus de périodes fixes, pas plus de durée déterminée, que n'en a, par exemple, une urticaire qui vient, s'en va, et revient instantanément, par suite de l'usage des moules, ou toute autre cause ap-

préciable ou non, et qui ne saurait être, en vérité, considérée comme une franche inflammation de la peau. Une telle mobilité, une telle indétermination dans la durée, ce sont là des caractères incompatibles avec l'inflammation franche, telle que nous en offre le véritable type, celle qui succède à l'action d'une cause traumatique.

Troisièmement, nous avons vu que souvent, dans le cours d'une fièvre rhumatismale, les articulations rhumatisées redeviennent tout-à-coup indolentes et libres, que tous les phénomènes d'arthrite cessent complètement pendant deux ou trois jours, et que cependant l'appareil des symptômes fébriles continue à se maintenir: ce qui, avons-nous dit, présage l'infaillible réapparition d'une ou plusieurs arthrites? Hé bien! alors, peut-on prétendre que, dans le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre ne soit que le résultat sympathique et consécutif des arthrites. N'y a-t-il pas là une sorte d'entr'acte, pendant lequel la fièvre subsiste toute seule sans inflammation articulaire? Cette inflammation ne constitue pas, à elle seule, toute la maladie.

Quatrièmement enfin, il n'y a pas un seul exemple de rhumatisme qui se soit terminé par gangrène, et il n'est pas du tout certain que la terminaison par suppuration ait jamais lieu. Nous avons vu en effet que cette dernière terminaison est complètement inadmissible à l'égard du rhumatisme musculaire, et très peu probable à l'égard du rhumatisme articulaire! Or, il serait singulier que le rhumatisme, si c'était une inflammation, ne présentât pas toutes les terminaisons naturelles des inflammations.

Que conclure donc de tout cela? C'est que le rhumatisme ne doit pas être rangé parmi les phlegmasies proprement dites; et que, lorsqu'il se présente sous la forme inflammatoire, l'inflammation n'est point idiopathique mais symptomatique, et qu'elle a une nature spécifique. C'est ce que Stoll avait bien senti lorsqu'il a tracé son admirable parallèle entre l'inflammation rhumatismale et l'inflammation vraie. (*Rat. medend.*, 1. 50.)

Que dire de l'opinion de Stahl (Th. *med. ver.*, p. 60.), qui, vu l'extrême analogie des douleurs rhumatismales avec celles qui précèdent les hémorrhagies, avait considéré le rhumatisme comme un effort hémorrhagique (*molimen hæmorrhagicum*) universel qui n'est encore dirigé spécialement vers aucune partie? En vérité, une telle opinion n'est guère bonne à être citée que pour mémoire, à cause de la célébrité de l'auteur qui l'a émise.

De ce que le rhumatisme ne consiste souvent qu'en de simples douleurs, certains pathologistes ont conclu que c'était une maladie nerveuse, une névrose: mais, à raison de la fréquence des symptômes inflammatoires, on ne peut pas convenablement adopter une telle assimilation.

Il faut donc regarder les rhumatismes comme des maladies *sui generis*, et en faire une classe à part en nosologie, comme nous l'avons fait dans ce livre.

ESSAI

SUR

LE RHUMATISME.

THÈSE SOUTENUE EN 1813

PAR A. F. CHOMEL.

« *Seclusis practicis observationibus, id quod vel mihi,*
» *vel alii cuilibet pro ratione habetur, nihil fortassis*
» *erit aliud, quàm rationis umbra aut phantasma.* »

SYDENHAM, Diss. epist. de variol. confl. cur. 240.

On comprend aujourd'hui sous le nom de *rhumatisme* une série d'affections très-variées, soit sous le rapport de leur siége, de leur marche et de leur durée, soit par les combinaisons diverses et les nuances infinies des symptômes locaux ou généraux qu'elles présentent. En considérant cette multitude de lésions, qui d'abord paraissent si différentes, on ne tarde pas à reconnaître plusieurs points de contact qui les unissent l'une à l'autre. On les voit presque toutes se porter successivement dans diverses parties, cesser après un temps plus ou moins long, et plus tard se reproduire encore sous la même forme qu'elles présentaient précédemment, ou sous des formes nouvelles. Par un examen attentif, on découvre souvent dans le rhumatisme, qui paraît fixe, la mobilité qui forme un des principaux attributs de cette maladie. Dans le lumbago, par exemple, on voit la douleur tantôt se porter plus haut ou plus bas, tantôt s'éloigner ou se rapprocher des apophyses épineuses ou des tégumens, de manière que la pression extérieure, tantôt en augmente l'intensité, et tantôt est sans effet sur elle. On peut de même fréquemment reconnaître une tendance marquée à la récidive, lorsque le rhumatisme se manifeste pour la première fois, à ces douleurs passagères qui, dans le cours des années antérieures à l'invasion de la maladie, avaient, pendant quelques minutes ou quelques heures, gêné les mouvemens de certaines parties, mais qui jusque-là avaient été tellement fugaces et légères, que les malades y faisaient peu d'attention et les oubliaient aussitôt qu'elles avaient disparu. Ainsi, voilà deux grands caractères, la mobilité et la tendance à des retours réguliers ou irréguliers, qui sont communs aux diverses affections rhumatismales, et qui les séparent de presque toutes les maladies avec lesquelles on pourrait les confondre : mais, comme je l'ai fait pressentir, cette mobilité, ces retours périodiques qu'on observe si souvent ne sont pas néanmoins constans dans cette affection, et peuvent se rencontrer dans d'autres ; il est donc nécessaire d'assigner un nombre de symptômes qui se présentent toujours dans cette maladie, et ne s'offrent réunis dans aucune autre : or, dans tout rhumatisme, on distingue, au milieu d'autres phénomènes variables, une douleur continue ou intermittente, correspondante aux parties musculaires ou fibreuses, ne commençant jamais par les petites articulations, augmentant par la pression extérieure, et surtout par le mouvement spontané, accompagnée quelquefois de chaleur, de gonflement, de rougeur et de phénomènes généraux, sans aucun trouble particulier des organes digestifs.

Cette maladie a été confondue avec la goutte, sous la dénomination d'*arthritis*, par les anciens médecins, qui paraissent l'avoir connue, mais qui n'en ont parlé que d'une manière peu précise. Ils lui donnaient ainsi un autre nom que celui qu'elle porte aujourd'hui, et sous le titre de *rhumatisme*, ils désignaient des affections tout-à-fait différentes. Ceux qui ont employé d'abord le mot ρευματισμος, *Galien*, *Paul d'Ægine*, *Alexandre de Tralles*, lui ont donné à peu près le même sens qu'*Hippocrate* attachait aux mots καταρροι, ρευματα. Aucun d'eux ne semble avoir admis entre ces deux dernières expressions une différence analogue à celle que nous admettons entre *catharre* et *rhumatisme*.

Le mot *rhumatisme* tire son étymologie de ρεω, je coule, ρευμα, fluxion : abstraction faite des idées théoriques, qui sans doute l'ont fait adopter, il indique assez bien le passage de la maladie d'un lieu à un autre, l'espèce de congestion qu'elle y détermine ordinairement, et de plus, par sa terminaison, il exprime, d'une manière fort juste, une réunion d'affections partielles qui se manifestent à la fois ou se succèdent à de courts intervalles. On a beaucoup discuté sur l'époque à laquelle le rhumatisme a été observé pour la première fois; plusieurs passages des livres d'*Hippocrate* portent à croire qu'il ne lui était pas inconnu. *Arétée* en a parlé d'une manière un peu moins obscure; mais c'est *Baillou* qui, le premier, a décrit exactement le rhumatisme musculaire général, et l'a séparé de la goutte. Parmi les auteurs qui ont fait des traités particuliers sur ce sujet, *Hoffmann* et *Ponsard* méritent d'être distingués. Parmi ceux qui ont seulement consacré à cette matière quelques chapitres dans des traités généraux, je dois citer *Sydenham*, *Stork*, *Van-Swieten*, *Cullen*, comme ceux dont la lecture m'a été le plus utile. Mais c'est surtout dans les recueils d'observations des sociétés savantes qu'on trouvera les faits les plus précieux sur cette maladie. Dans ces derniers temps, elle a été l'objet de beaucoup de traités, de dissertations et de mémoires; plusieurs jouissent d'une estime si générale, que je suis dispensé d'en faire l'éloge, et même de les indiquer.

La fréquence extrême de cette maladie, la plus commune sans doute de toutes celles qui affligent l'espèce humaine, m'a permis de l'observer un assez grand nombre de fois pour pouvoir ajouter quelques traits à certaines parties de son histoire, qui jusqu'ici n'avaient été que légèrement aperçues. J'aurais pu prendre un plus grand nombre d'observations, mais j'ai préféré donner à celles que je recueillais plus de temps et d'attention, afin d'obtenir des résultats, moins étendus à la vérité, mais plus certains.

Du siége du Rhumatisme.

On possède en médecine deux moyens de reconnaître dans quelle partie du corps une maladie interne a son siége; le premier est seulement une conséquence des lois de la physiologie. Le désordre d'une fonction nous porte nécessairement à admettre une lésion quelconque dans l'organe auquel cette fonction est confiée. Le second repose sur les bases beaucoup plus solides de l'anatomie pathologique; il est le résultat d'une coexistence constamment observée entre une série déterminée de phénomènes morbides et une altération toujours semblable des mêmes parties. Le premier de ces moyens est applicable à presque toutes les maladies, et pendant long-temps sans doute il fut seul en usage. Le second, qui a répandu de si grandes lumières sur les affections organiques et la plupart des phlegmasies, n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres et sur le rhumatisme; soit que les lésions qui produisent ces maladies ne soient point appréciables à nos sens, soit qu'on n'ait pas mis jusqu'ici, dans des recherches aussi délicates, toute l'attention nécessaire. Quelques faits épars dans les recueils d'observations porteraient à admettre, dans les muscles, les aponévroses, les tendons et les membranes synoviales, certains désordres de structure attribués au rhumatisme. Mais 1°, comme je le prouverai, la plupart de ces faits sont mal rapportés ou invraisemblables; 2° ils sont en très-petit nombre, comparés à la fréquence extrême du rhumatisme; et si ces lésions ne sont pas constantes, elles ne peuvent en déterminer ni la nature ni le siége; elles peuvent même être indépendantes de cette affection. Supposons en effet que, par une cause quelconque, un abcès se forme dans le tissu cellulaire interposé entre deux muscles profonds; il y aura douleur, sensibilité à la pression, la contraction des muscles sera gênée, le tissu cellulaire qui unit les grands faisceaux de fibres pourra même s'enflammer sans qu'il se manifeste de gonflement à l'extérieur. On sera porté à croire, d'après les symptômes, que l'individu est affecté d'un rhumatisme; on n'aura même aucun doute sur ce sujet, s'il a été plusieurs fois atteint de cette maladie; qu'il vienne à succomber à cette époque, on publiera qu'on a vu un rhumatisme terminé par suppuration. Il en est de même de cette gélatine coagulée qu'on a trouvée quelquefois sur les aponévroses. *Cotunni* l'avait rencontrée dans le tissu cellulaire qui enveloppe les nerfs, et néanmoins personne ne déduit de ce phénomène, par rapport aux névralgies, la même conclusion qu'on a voulu en tirer au sujet du rhumatisme.

C'est donc uniquement par le trouble des fonctions que nous pouvons parvenir, sinon à

connaître d'une manière certaine, du moins à indiquer, avec le plus de probabilité possible, les parties qui sont le siége du rhumatisme. De toutes les fonctions de l'économie, la locomotion est la seule qui soit constamment lésée dans cette affection. Elle a pour organes les muscles, les os et leurs annexes. Le tissu osseux lui-même, entièrement passif dans le mouvement, presque incapable d'être comprimé ou fléchi, et recouvert en général par une grande épaisseur de parties molles, pourrait bien être le siége d'une douleur continue ou intermittente; mais le simple mouvement, une pression légère sur les tégumens, et plus encore la simple contraction des muscles, sans aucun mouvement imprimé au membre, seraient insuffisans pour provoquer ou exaspérer cette douleur, la marche souvent aiguë du rhumatisme paraît d'ailleurs incompatible avec les propriétés connues des os. Tout au contraire porte à croire que le rhumatisme a son siége dans les muscles : leur contraction augmente constamment, et leur repos diminue toujours la douleur; ses degrés d'intensité suivent exactement les degrés de force et de vitesse avec lesquels le muscle se contracte; elle est plus forte quand le muscle doit mouvoir le membre contre les lois de la pesanteur que dans les cas où la contraction et la pesanteur agissent dans le même sens; un poids extérieur ajouté au poids naturel du membre l'augmente encore plus ou moins, et elle devient nulle ou presque nulle quand les mouvemens sont exécutés indépendamment de toute contraction des muscles placés dans le trajet de la douleur: enfin, le repos lui-même soulage d'autant plus qu'il est plus complet, et que le membre, entièrement abandonné à lui-même, n'a besoin d'aucune contraction, quelque faible qu'elle soit, pour conserver sa position. J'ajouterai encore qu'à la suite de cette affection les muscles offrent beaucoup plus de faiblesse, de raideur, et souvent d'atrophie que ne l'aurait pu produire le repos imparfait des membres pendant un temps plus ou moins long. Il est donc, sinon prouvé, du moins extrêmement probable que c'est dans les muscles que le rhumatisme a son siége.

En considérant ce qui se passe dans un rhumatisme aigu qui se montre au niveau d'une articulation, en voyant une inflammation manifeste du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, qui paraît se propager de l'intérieur vers l'extérieur, peut-être serait-on porté à croire que c'est dans le tissu cellulaire interposé entre les faisceaux musculeux que réside cette affection. A cette objection, je répondrai d'abord que ces prolongemens celluleux qui pénètrent dans le corps d'un muscle en font aussi bien partie constituante que celles qui unissent ensemble les grains glanduleux des parotides ou des maxillaires, ou les vésicules qui forment le tissu du poumon, et qu'il n'est pas possible d'admettre une affection partielle du tissu cellulaire intermusculaire, à moins d'étendre cette proposition à celui des glandes et des viscères, et de doubler inutilement le nombre des phlegmasies. Mais, pour substituer des faits aux raisonnemens, comparons l'inflammation du tissu cellulaire et les phénomènes inflammatoires que détermine le rhumatisme sur le contour des articulations, et nous serons convaincus bien plus fortement encore de la différence qui les distingue. Le phlegmon est fixe, circonscrit, occupe indifféremment toutes les parties du corps, se termine le plus souvent par suppuration, n'offre aucune tendance à la récidive : l'inflammation rhumatismale, au contraire, est mobile, diffuse, ne se montre guère qu'au niveau des articulations superficielles, et offre presque toujours des retours périodiques.

J'aborderai maintenant plusieurs questions beaucoup plus importantes. Le rhumatisme est-il borné à la portion charnue ou fibreuse des muscles? Peut-il les attaquer l'une et l'autre? Se montre-t-il dans d'autres portions du système fibreux? Doit-on considérer comme tel l'inflammation des membranes synoviales ?

Soit qu'il attaque le tronc ou les membres, qu'il se présente au niveau ou dans l'intervalle des grandes articulations, il est bien difficile, il est même impossible le plus souvent de décider s'il a son siége dans les parties fibreuses ou musculaires proprement dites; parce qu'il n'est presque pas de parties du corps où l'on rencontre exclusivement, soit des parties charnues, soit des parties fibreuses. Je ne connais aucune observation qui prouve que le rhumatisme puisse avoir son siége dans les fibres charnues; l'affection rhumatismale de la langue porterait seule avec soi démonstration, et elle n'a jamais été observée, au moins à ma connaissance. Mais le rhumatisme se montre fréquemment dans la région du grand pectoral, et y est accompagné dans toute l'étendue de ce muscle, des douleur qu'augmentent le mouvement et une pression trop légère pour pouvoir atteindre les intercostaux ou le petit pectoral placés derrière lui. Dans quelques cas aussi il se porte sur la partie latérale des parois de l'abdomen entre les dernières côtes et la crête iliaque, endroit où l'anatomie ne découvre aucune partie fibreuse. Ces faits doivent porter à croire ce qu'aucun ne prouve d'une manière incontestable.

Il est beaucoup plus facile de démontrer que le tissu fibreux peut en être le siége; et parmi les faits qui se sont présentés à mon observation, je puis trouver des exemples frappans de ce que je viens d'avancer. Chez deux malades, le rhumatisme occupa pendant un certain temps le ligament inférieur

de la rotule; chez un autre, les deux bords de cet os; chez plusieurs, l'insertion du deltoïde à l'humérus; chez un autre, celle du tendon d'Achille au calcanéum; chez un certain nombre, la maladie s'est portée aux articulations des phalanges, et s'est fait sentir en même temps dans la continuité de ces os; aucune de ces parties n'est environnée de fibres charnues : enfin c'est spécialement dans les lieux où les tendons et les aponévroses sont plus nombreux, que sévit avec plus d'intensité la maladie qui nous occupe.

En réfléchissant sur la rareté des cas où l'on peut s'assurer que le rhumatisme a son siége dans le tissu fibreux, et la presque impossibilité de le reconnaître dans les fibres charnues, il me semble qu'on ne devrait pas admettre dans les affections rhumatismales une division fondée uniquement sur un caractère aussi difficile à saisir, et dont presque jamais on ne peut faire usage au lit des malades. L'expression de rhumatisme articulaire était donc préférable à celle de rhumatisme fibreux qu'on lui a substituée. En indiquant qu'il avait son siége *au niveau d'une articulation,* elle ne présentait aucune idée fausse ou douteuse : ce sera uniquement dans ce sens que je l'emploierai dans le cours de cette dissertation.

Quelques observations paraissent prouver que le rhumatisme peut encore avoir son siége primitif dans d'autres parties du système fibreux; le périoste, ainsi que la dure-mère et la sclérotique qui se continuent avec lui, comme il se continue lui-même avec les tendons, semblent, par l'effet même de cette continuité et une grande identité de structure, devoir être susceptibles de présenter les mêmes affections.

M. *Lecomte,* médecin d'Évreux, a inséré dans le *Journal de médecine* une observation fort curieuse sur l'affection rhumatismale du périoste; je n'en citerai que ce qui a trait directement à mon sujet. Un homme âgé de trente-six ans avait eu dans sa jeunesse un rhumatisme au genou droit ; en 1782, douleur dans l'épaule gauche, précédemment contuse ; au printemps de l'année suivante, alternative de pleurodynie et de tuméfaction douloureuse à la *partie moyenne du sternum, disparaissant* par l'application des vésicatoires sur le point affecté, et *se manifestant* de nouveau dans le lieu qu'elles avaient auparavant occupé et avec les mêmes symptômes ; ensuite la douleur se fit sentir à l'épaule, disparut, et plus tard se porta dans la partie antérieure et latérale droite de la tête, avec élancemens considérables dans l'œil. Deux ans après, retour des douleurs de tête et de l'épaule, *exostose considérable de la clavicule gauche* dans toute sa longueur; amaigrissement de tout le corps pendant l'année suivante, atrophie des deux membres abdominaux et du bras gauche ; *tumeur oblongue sur la crête du tibia droit,* au-dessus de la partie moyenne de cet os ; de temps en temps, *apparition sur divers points de la tête, de tumeurs sensibles à la pression, diminuant* par la chaleur et *disparaissant* en quelques jours. Ce malade n'avait eu aucune affection vénérienne ; on lui administra néanmoins, avant la manifestation des exostoses, trente frictions mercurielles, qui n'apportèrent aucun soulagement aux souffrances actuelles, et n'empêchèrent pas d'autres symptômes nouveaux de s'y joindre. Il n'y eut jamais d'exaspérations nocturnes ni de douleurs ostéocopes. M. *Latour* cite l'exemple d'une tumeur semblable à celles qui se manifestaient sur la tête de ce malade, et qui fut observée chez une femme rhumatisante, à la suite de la suppression des menstrues. Deux autres malades ont accusé une douleur dans la partie la plus apparente du cubitus et sur la crête du tibia, suite apparente de l'exposition au froid.

Quant aux douleurs qui occupent la tête et le globe de l'œil, ce sont surtout leurs retours périodiques, leur mobilité, leur alternative avec d'autres affections rhumatismales, qui les ont fait réunir à ces dernières ; et c'est par analogie de structure que les médecins ont été conduits à placer dans la dure-mère et la sclérotique le siége de ces maladies. Telles sont aussi les raisons qui ont conduit *Hoffmann* et ensuite *Cullen* à joindre l'odontalgie au rhumatisme. Celle-ci offre en outre quelques autres ressemblances qui n'ont pas échappé à ces auteurs : elle est presque toujours produite par l'impression de l'air froid ; elle est exaspérée par une forte pression, la mastication par exemple ; elle laisse dans les parties où elle s'est manifestée une grande tendance à en être atteintes de nouveau ; elle s'étend souvent d'une dent à plusieurs autres, et cesse quelquefois dans celle qu'elle occupait d'abord ; enfin, comme le rhumatisme articulaire, tantôt elle consiste dans une simple douleur, sans tuméfaction ni rougeur, tantôt elle est accompagnée de symptômes inflammatoires qui jamais ne se terminent par suppuration.

Le rhumatisme enfin peut-il avoir son siége dans les membranes synoviales ? Chez un malade, qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux articulations scapulo-humérales avaient été affectées successivement de douleurs vives et de gonflement ; chez deux autres observés à l'Hôtel-Dieu, toutes les articulations mobiles devinrent douloureuses et tuméfiées, avec impossibilité d'exécuter les mouvemens ; on trouva après la mort, chez tous ces malades, les synoviales enflammées, et des épanchemens purulens dans les cavités articulaires. Quelles conséquences déduire de ces faits ? Que les synoviales sont susceptibles de s'enflammer, et que les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du

rhumatisme. Mais quelle connexion y a-t-il entre l'une et l'autre maladie ? Nulle autre que la seule contiguité des parties affectées ; l'inflammation simultanée ou successive de plusieurs ou de toutes les membranes synoviales, semble à la vérité rapprocher cette affection du rhumatisme, et l'éloigner des phlegmasies des membranes séreuses : mais quand on se livre aux recherches d'anatomie pathologique, ne rencontre-t-on pas plusieurs membranes enflammées à la fois, et notamment les deux plèvres et le péricarde ? J'en ai vu même des traces manifestes dans les trois grandes cavités splanchniques. Enfin, lors même que dans certains cas le rhumatisme se serait montré d'une manière indubitable, avant ou pendant l'affection des synoviales, je persisterais à voir, entre ces deux maladies, la même différence que personne ne refusera d'admettre entre une pleurodynie et une pleurésie, entre un rhumatisme quelconque et l'inflammation d'un viscère qui peuvent se présenter isolément, se succéder ou coexister dans le même malade, sans qu'il soit permis de les confondre. Les symptômes, à la vérité, se ressemblent beaucoup ; mais quand l'inflammation des membranes synoviales aura été plus fréquemment observée, peut-être y trouvera-t-on des différences qu'il est assez facile sans doute, mais peu prudent de vouloir indiquer d'avance : en supposant même qu'aucun symptôme constant ne pût assurer le diagnostic de ces affections, cet inconvénient ne se rencontre-t-il pas souvent dans beaucoup d'autres maladies : la pleurésie et la péripneumonie, par exemple, qui n'en sont pas moins pour cela deux maladies bien distinctes, par l'espèce de lésion qui les constitue, et le siége qu'elles occupent ? C'est aussi cette double considération qui établit une différence tranchée entre le rhumatisme et l'inflammation des membranes synoviales ; d'une part, affection des parties musculaires et fibreuses sans aucune lésion apparente ; de l'autre, inflammation des membranes synoviales avec rougeur de ces parties, et altération quelconque du liquide exhalé.

En bornant exclusivement au système musculaire et fibreux le siége primitif du rhumatisme, on ne saurait disconvenir que l'affection de ces parties ne trouble d'une manière quelconque les fonctions des organes voisins, et n'y détermine des phénomènes morbides, dont l'intensité paraît proportionnée à celle de l'affection primitive. Il serait bien important de pouvoir déterminer si celle-ci est de même nature que l'affection secondaire, et si la différence apparente qu'elles offrent l'une et l'autre tient seulement à la diversité de structure : la nature du rhumatisme, la place qu'il doit occuper dans un cadre nosologique, ne seraient plus des problèmes. En effet, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau présentent des symptômes inflammatoires non équivoques, qui paraissent seulement recevoir de la cause qui les produit une modification particulière qui influe sur leur marche et leur terminaison. L'analogie et quelques ouvertures de cadavres me portent à croire que l'affection peut aussi se propager vers l'intérieur, et produire lentement dans les membranes synoviales et les lames superficielles de l'os des lésions particulières.

Après avoir considéré d'une manière générale le siége du rhumatisme, je vais passer rapidement en revue les diverses parties du corps dans lesquelles il se manifeste. Le rhumatisme peut être *général*, c'est-à-dire se montrer à la fois presque partout où il y a des muscles; ceux des yeux, des joues, de la langue, sont toujours restés libres dans le cours des rhumatismes généraux observés jusqu'ici : on donne même à la dénomination de rhumatisme général une extension plus grande, en l'employant pour désigner l'affection qui occupe tous les membres, sans que le tronc y participe; mais elle ne peut convenir quand elle attaque successivement les diverses parties du corps ; cette variété porte spécialement le nom de *rhumatisme vague*. Dans le rhumatisme général, la douleur ne se fait pas sentir avec une intensité égale dans diverses parties, dans les articulations et les espaces intermédiaires. Quelquefois, pendant tout le cours de la maladie, les membres supérieurs ou inférieurs sont constamment plus affectés ; ailleurs la maladie offre en quelque sorte une disposition croisée, et c'est dans le bras d'un côté et la cuisse de l'autre qu'elle est plus violente. Dans trois cas de rhumatisme *général*, j'ai observé que la douleur était beaucoup plus vive dans un des côtés du corps que dans l'autre : chez un de ces malades, les parties droite et gauche du corps ont été successivement le siége des symptômes les plus intenses.

Cette variété du rhumatisme *général* conduit naturellement au rhumatisme *semi-latéral*, dont les exemples ne sont pas fort rares. On en trouve un dans les actes des médecins de Berlin, année 1721 ; *Van-Swieten* en rapporte un autre, et *Gilibert* un troisième. J'ai rencontré deux fois cette disposition : un des malades fut, comme celui de *Van-Swieten*, saisi d'abord d'une douleur qui occupa les deux membres droits et le côté correspondant du tronc et de la tête, pendant un mois environ : ensuite elle cessa peu à peu à droite, et se porta exclusivement à gauche, à l'exception de la céphalalgie qui resta à droite ; en sorte que ce malade eût pu, au premier coup d'œil, être considéré comme hémiplégique, si la douleur des articulations, exaspérée par le mouvement et la pression extérieure, et surtout si les signes commémoratifs

n'eussent éloigné toute erreur. Chez le second malade, l'affection occupa tout le côté gauche du corps pendant une année entière. Dans d'autres cas, qui peuvent servir de passage entre le rhumatisme *semi-latéral* et le rhumatisme *partiel*, le mal occupait seulement un des côtés du tronc et un seul membre correspondant : chez d'autres, il était borné au premier. Enfin le rhumatisme peut se montrer isolément dans presque toutes les parties musculaires et fibreuses de l'économie. Je vais les parcourir successivement sans rien dire de l'affection de la dure-mère, de la sclérotique, des dents et du périoste, sur lesquels je ne reviendrai plus, ne m'étant proposé que de présenter les points de contact qui les joignent aux rhumatismes, avec lesquels je ne crois pas qu'on doit entièrement les confondre.

Les muscles qui recouvrent le crâne sont assez fréquemment le siége du rhumatisme, qui peut en affecter la totalité ou seulement une partie. Paulmier (*Traité de la Goutte*, p. 79) l'a vu deux fois au niveau du pariétal droit. Tissot (*Avis au Peuple*, p. 179) dit avoir souvent observé l'affection rhumatismale des tégumens de la tête accompagnée de douleurs excessives. Tode (*Act. Soc. Med. Haun.* I. 90) rapporte un exemple de cette maladie portée à un tel degré d'intensité, qu'elle produisit presque le délire ; elle céda à l'application de quelques sangsues aux tempes, après avoir été combattue en vain par la saignée générale.

Les auteurs qui ont publié des monographies sur le rhumatisme n'ont point encore parlé de celui qui attaque les muscles de l'œil : l'analogie m'avait porté à l'admettre comme pouvant se présenter, à une époque où je n'avais pu encore en découvrir aucun exemple. J'en ai enfin rencontré deux : le premier dans le Journal de Médecine, t. 27, p. 349 ; le second dans les Épidémies de *Stoll*. « Une femme de vingt-cinq ans ressentait depuis plus de huit mois des douleurs très-aiguës à la tête, qui la privaient des mouvemens de cette partie et du cou ; les yeux mêmes ne pouvaient être mus sans des efforts considérables et des contorsions douloureuses. Cette affection céda à des topiques sédatifs sur le péricrâne, et à des rubéfians aux pieds. » Au mois de septembre 1779, où les rhumatismes étaient les seules affections qu'on observât, « une jeune fille éprouva des douleurs dilacérantes dans la tête; l'œil gauche avait pris une direction vicieuse, et la vue était double ; ce strabisme céda promptement aux diaphorétiques et à l'application d'un vésicatoire à la nuque. » Il est à regretter que, dans cette observation, *Stoll* n'ait pas dit si les mouvemens du globe de l'œil étaient douloureux; peut-être la douleur plus vive de la tête empêchait-elle la malade de faire attention à l'autre. Ces faits, à la vérité, ne paraîtront pas concluans ; mais s'ils appellent sur ce point l'attention des observateurs, mon premier but sera rempli.

Doit-on considérer comme rhumatismales ces douleurs atroces qui paraissent avoir leur siége dans l'oreille interne, et dont quelques auteurs, *Hoffmann* entre autres, ont rassemblé des exemples sous le nom d'*otalgie ?* La plupart de ces affections, que l'écoulement d'un liquide purulent par le conduit auditif externe a terminées, étaient évidemment des otites. Dans quelques autres cas où l'otalgie a succédé à des rhumatismes extérieurs et a cessé par leur retour, la maladie semble pouvoir être considérée comme rhumatismale, mais elle a pu être encore, soit une otite aiguë, terminée par résolution, soit une douleur nerveuse. Des exemples assez nombreux prouvent que le rhumatisme alterne non-seulement avec lui-même, mais encore avec beaucoup d'autres maladies, et notamment avec les inflammations muqueuses et les névralgies.

Le rhumatisme des joues a été l'objet d'un mémoire inséré parmi ceux de littérature médicale étrangère. On y a rassemblé un assez grand nombre de faits qui portent à admettre cette variété de la maladie. Elle était caractérisée dans tous les cas par une douleur vive, à laquelle succédait une faiblesse et un relâchement remarquables des muscles ; la paupière inférieure et la commissure des lèvres étaient tirées en bas, les larmes ainsi que la salive s'écoulaient chez quelques-uns ; chez d'autres, la faiblesse relative des muscles précédemment douloureux ne se manifestait que dans le rire ; la prononciation des lettres labiales seules était gênée. Il est à regretter que les auteurs de ces observations n'aient pas indiqué si le mouvement exaspérait les douleurs, symptôme qui n'eût laissé aucun doute sur le genre de la maladie. Je n'ai jamais eu occasion d'observer cette variété, à laquelle se rapportent vraisemblablement plusieurs des affections confondues vulgairement sous le titre vague de *fluctions*.

Le rhumatisme attaque fréquemment les parties postérieures et latérales du cou, et porte alors le nom de *torticolis*. Souvent aussi il occupe les parois du thorax et de l'abdomen, et plus communément encore la région vertébrale. Quand il a son siége au thorax, c'est en général auprès des mamelles qu'il se fait sentir. Tous les muscles qui recouvrent cette partie du tronc paraissent susceptibles d'en être atteints; mais l'exaspération presque constante de la douleur par l'inspiration ordinaire, et la part active que prennent seuls dans ce phénomène les muscles intercostaux, me portent à croire qu'ils sont le plus communément le siége de la *pleurodynie*. Quelquefois le rhumatisme occupe toute la longueur des clavicules, ou bien leur articulation avec le sternum. Je l'ai

vu correspondre à l'union de la dernière pièce de cet os avec l'appendice xyphoïde dirigé en-dedans, et formant un angle saillant sous la peau: chez un autre, il s'est porté au niveau de l'articulation du cartilage de la troisième côte avec le sternum. Le rhumatisme des parois abdominales n'est pas assez rare pour avoir besoin d'être établi par des exemples; il ne m'a rien présenté d'assez intéressant pour être indiqué. La région vertébrale est quelquefois affectée en totalité; plus souvent les portions lombaire et interscapulaire le sont isolément. Le torticolis appartient aussi à cette variété. Le *lumbago* occupe ordinairement les deux côtés de la colonne vertébrale; quelquefois il est borné à un seul. Je l'ai vu se faire sentir à la fois dans les deux côtés, et produire en même temps sur la ligne médiane une douleur distincte par son siége, et différente par sa nature de celles que le malade éprouvait sur les parties latérales. Les muscles psoas paraissent être le siége du lumbago, qu'a si bien décrit *Sydenham,* dont *Boerhaave* fut affecté, et qui simule la colique néphrétique. Il est vraisemblable aussi qu'ils sont le siége de ces douleurs lombaires plus modérées, dans lesquelles les malades ne peuvent élever la cuisse sans éprouver une souffrance très-vive (GILIBERT, *Advers. Med. pract.*). Les diverses régions du bassin ne sont pas également sujettes à cette maladie : je ne connais pas d'observation dans laquelle la partie antérieure en ait été affectée. Celle au contraire qui répond au sacrum en est fréquemment atteinte; le plus souvent sur la face postérieure de cet os; dans quelques cas, à l'endroit de sa jonction avec la dernière vertèbre ou avec les os des îles, plus souvent à son union avec le coccix. *Van-Swieten* cite une observation dans laquelle cette partie fut la première affectée. Les parties latérales du bassin ne sont pas à l'abri de cette maladie : on a vu les douleurs rhumatismales suivre le trajet de la crête iliaque (*Van-Swieten*), et plus souvent encore occuper les muscles qui recouvrent en-dehors l'os innominé.

Quant aux membres pectoraux et pelviens, le rhumatisme s'y montre plus fréquemment que partout ailleurs; il occupe surtout les cuisses et les jambes, les bras et les avant-bras, soit dans leur continuité, soit dans les grandes articulations qui les unissent entre eux et avec le tronc, les pieds ou les mains. On s'accorde généralement à ne pas considérer comme rhumatismale la douleur qui primitivement se manifeste aux petites articulations des mains et des pieds, tandis qu'on persiste à voir cette maladie dans les affections des mêmes parties, qui surviennent dans le cours du rhumatisme; en sorte qu'il n'est aucun endroit des membres qui ne puisse en être le siége, si l'on excepte les dernières phalanges des doigts et des orteils. Je n'ai trouvé non plus aucune observation où la paume des mains ait été affectée, tandis que la plante des pieds l'est assez souvent.

Il me reste encore quelques points à examiner sur le siége du rhumatisme. Quelles sont les parties qu'il attaque le plus fréquemment? Les âges et les saisons exercent-ils quelque influence sur le siége de la maladie?

Je ne répondrai à ces questions qu'en présentant les résultats exacts des relevés que j'ai faits. Mes observations sans doute sont en trop petit nombre pour en déduire des conséquences certaines qui puissent s'étendre à tous les cas; je les présente comme un essai de ce qu'on pourrait faire sur ce point en accumulant un grand nombre de faits. (*Pringle.*)

GLISSON (*de Ventriculo et intestinis*) avait classé les muscles, considerés sous le rapport de leur susceptibilité à être affectés du rhumatisme, dans l'ordre suivant: 1° les muscles des vertèbres cervicales; 2° ceux de l'épaule et de l'humérus; 3° ceux du fémur et de l'os innominé; 4° ceux des vertèbres, des lombes et du thorax. Je pense, ajoute-t-il, que les autres muscles ne sont pas aussi fréquemment affectés que ceux que je viens de nommer.

Sur cent deux attaques de rhumatisme qui se sont présentées chez divers malades, ou chez les mêmes à des époques différentes, l'affection a occupé tout le corps onze fois, un des côtés trois fois, les membres supérieurs douze fois, les membres inférieurs vingt-deux, le tronc onze, la colonne vertébrale neuf: elle s'est manifestée en même temps à quelques articulations des membres supérieurs et inférieurs, onze fois: dans vingt-deux cas, elle a occupé simultanément quelque partie du tronc et des membres, ou s'est portée vaguement dans diverses parties du corps. Je ferai remarquer ici que, dans tous les cas où il y a eu à la fois affection du tronc et des membres, soit supérieurs soit inférieurs, j'ai toujours vu coïncider le rhumatisme des parois thoraciques avec celui des membres pectoraux, et celui des membres pelviens avec l'affection des parois abdominales ou du bassin. Je n'en tirerai pas la conséquence que cette disposition est constante, mais seulement qu'elle doit être fort commune.

Vogel avait remarqué que les affections rhumatismales occupaient ordinairement la tête, la poitrine et les extrémités supérieures chez les jeunes gens; le dos et les extrémités inférieures chez les gens avancés en âge. Tous les auteurs ont répété cette remarque, sans chercher à la confirmer ou à la combattre par une certaine masse d'observations; je ne puis donc présenter ici que le résultat des miennes.

Les individus de quinze à trente ans ont été plus sujets que les autres au rhumatisme général, semi-latéral et vague; à celui qui oc-

cupe le tronc ou les membres supérieurs et inférieurs à la fois. Les malades de trente à quarante-cinq ont été plus souvent que tous les autres affectés du rhumatisme des membres supérieurs et inférieurs ; ils ont été moins exposés aux autres variétés que ceux de quinze à trente, et plus que ceux de quarante-cinq à soixante, et au-delà. Depuis quarante-cinq ans jusqu'à soixante, et depuis soixante jusqu'au terme de la vie, ces affections ont été beaucoup moins fréquentes que dans les deux âges précédens. Le rhumatisme général et vague, celui qui se borne aux membres supérieurs ou inférieurs, se sont montrés plus souvent que les autres variétés. Les membres supérieurs ont été exclusivement affectés chez cinq malades, les inférieurs chez deux seulement. Parmi les malades que j'ai observés, un seul n'avait pas atteint sa quinzième année; deux autres avaient été attaqués du rhumatisme avant cet âge. Chez l'un d'eux, il se borna aux membres inférieurs; chez les deux autres, il fut général.

Quant à l'influence des saisons sur le siége de la maladie, voici quels résultats j'ai obtenus de la comparaison des faits que j'ai réunis. Le rhumatisme général, celui qui occupe isolément les membres supérieurs ou inférieurs, ou les uns et les autres à la fois, se sont manifestés plus souvent pendant l'hiver que pendant toute autre saison. Le rhumatisme *semi-latéral* et celui du tronc ont été plus fréquens pendant l'automne, celui de la région vertébrale pendant l'été ; le rhumatisme vague s'est présenté un nombre de fois égal dans ces deux saisons, plus rarement dans l'hiver, jamais dans le printemps.

L'obscurité qui règne encore sur les affections rhmatismales du diaphragme et des muscles qui ne sont pas soumis à la volonté, et le désir de me renfermer dans les bornes ordinaires d'une dissertation, m'ont empêché de les comprendre dans le plan que je me suis tracé, et me serviront d'excuse pour cette omission volontaire.

Des causes du Rhumatisme.

Age. La plupart des auteurs sont d'accord sur l'époque de la vie à laquelle le rhumatisme se manifeste le plus fréquemment; c'est depuis quinze ans jusqu'à trente, dans la jeunesse et l'âge adulte, qu'ils l'ont vu débuter. *Ponsard,* en disant qu'il attaque principalement les vieillards, paraît émettre une opinion entièrement opposée à celle des autres. Mais si l'on considère que ceux qui ont été une fois atteints du rhumatisme, sont tous exposés à des retours plus ou moins fréquens de cette maladie, qui se manifeste aussi quelquefois dans la dernière période de la vie, on pourra admettre en même-temps que les adultes en sont plus communément atteints, et que, parmi un certain nombre de rhumatisans réunis, il se trouve plus de vieillards que de jeunes gens. En remontant vers le terme de la naissance, on voit cette maladie devenir de plus en plus rare ; *Arétée* l'a observée chez des enfans de cinq ans : je ne crois pas qu'aucun moderne l'ait rencontrée dans les premières années de la vie. Sur soixante-treize malades entrés à l'hôpital de la Charité, trente-cinq furent attaqués pour la première fois du rhumatisme de quinze à trente ; vingt-deux de trente à quarante-cinq ; sept de quarante-cinq à soixante, et autant après la soixantième année : deux seulement en avaient été affectés avant quinze ans, l'un à huit ans, et l'autre à neuf.

Le *tempérament sanguin,* suivant *Baillou* et *Cullen,* est une des causes prédisposantes du rhumatisme ; telle paraît être aussi l'opinion de *Boerhaave.* J'ai vu, sur soixante-douze rhumatisans, cinquante-quatre offrir les attributs extérieurs de ce tempérament : parmi les dix-huit autres, la plupart étaient d'un tempérament lymphatique; quelques-uns offraient plusieurs des caractères assignés au tempérament bilieux ; et les autres, en plus petit nombre encore, appartenaient, par quelques-uns de leurs traits, au tempérament nerveux.

Constitution. HIPPOCRATE avait signalé, comme sujets aux douleurs articulaires, les hommes qui ont de grands viscères et une large poitrine ; *Baillou* avait observé que les individus replets ou cacochymes pouvaient également en être affectés. Parmi les rhumatisans que j'ai observés, la plupart étaient d'une constitution forte ; quelques-uns étaient faibles ; les autres, en assez grand nombre, tenaient le milieu entre ces deux extrêmes. La plupart avaient un embonpoint médiocre, les cheveux châtains, le teint clair et animé, la stature moyenne ou petite. Je n'ai rencontré que chez un tres-petit nombre (un dixième environ) la prédominance des viscères notée par *Hippocrate.*

Sexes. L'observation prouve tous les jours que les deux sexes peuvent également être affectes du rhumatisme ; mais il n'est pas aussi facile de décider lequel des deux en est plus communément atteint. Quelques auteurs (*Dillon*) ont pensé que les hommes, les femmes et les eunuques en etaient indistinctement attaqués. *Hoffmann* avait cru remarquer que les femmes y etaient plus exposées. *Arétée* avait une opinion entièrement opposée à celle-ci : les hommes, suivant lui, sont plus sujets aux douleurs articulaires que les femmes, et, parmi celles-ci, les plus agissantes. *Van Swieten* n'a fait en quelque sorte que développer cette idée, quand il a dit que les hommes exposés à des travaux pénibles, aux injures de l'air, aux calamités de la guerre et aux erreurs de régime

étaient par cela même plus sujets à ces affections que les femmes. Le petit nombre de femmes malades admises à l'hôpital de la Charité ne me permet pas de présenter ici le résultat de mes propres observations; mais, à en juger par la petite quantité de rhumatismes que j'ai vus à l'hospice de la Salpêtrière dans le cours de l'année 1811, je serais porté à admettre la dernière opinion préférablement à celle d'*Hoffmann*.

Saisons. L'automne et le printemps passent généralement pour être les parties de l'année dans lesquelles cette maladie se montre le plus souvent. En consultant les Épidémies de *Stoll*, j'ai trouvé que, dans le cours des années 1776, 77, 78 et 79, c'était surtout pendant les mois d'avril, mai et juin, que cet auteur l'avait vue régner. Elle fut moins fréquente pendant l'automne, moins encore pendant l'hiver, et se montra rarement pendant l'été. Sur cinquante-huit malades observés à l'hôpital de la Charité, vingt-quatre avaient été pour la première fois attaqués du rhumatisme pendant l'hiver, dix-huit pendant l'automne, douze pendant l'été, et quatre seulement au printemps. Mais je dois faire à ce sujet plusieurs remarques: 1° c'est pendant l'automne de 1812, et l'hiver de 1813, que j'ai recueilli le plus grand nombre de mes observations; 2° il serait nécessaire que les faits eussent été rassemblés dans un certain nombre d'années, afin d'isoler ce qui dépend de mille circonstances étrangères de ce qui appartient réellement aux saisons.

L'air paraît avoir une influence bien prononcée sur la production du rhumatisme. Ce n'est pas quand il est très chaud ou très froid que se développe le plus fréquemment cette maladie, mais plutôt dans une température moyenne. Cette remarque s'étend de chaque lieu en particulier aux divers climats considérés en général. Le rhumatisme se présente rarement près de l'équateur et des pôles; il devient successivement plus commun à mesure qu'on s'éloigne de ces régions, et règne surtout dans les zones tempérée; il est encore à remarquer qu'il se montre moins généralement chez les peuples du midi et de l'orient que chez les peuples de l'occident et du nord (*Ponsard*). En considérant combien il est plus fréquent dans les pays humides, marécageux, coupés par des canaux multipliés, ou exposés à des brouillards presque continuels, tels que la Hollande et l'Angleterre, on ne peut refuser d'admettre que l'humidité atmosphérique ne contribue à développer ces affections, au moins autant que la température qui est à peu près la même dans d'autres régions où le rhumatisme est beaucoup plus rare. En passant des climats aux habitations particulières, on voit encore que les hommes qui occupent le fond des vallées, des maisons plus basses que le sol ou nouvellement construites, des chambres où beaucoup d'eau se trouve en évaporation en sont souvent affectés, tandis que ceux qui se trouvent dans des circonstances contraires en sont communément exempts.

C'est moins sans doute par la direction même dans laquelle se meut la masse atmosphérique que par la proportion d'eau et de calorique qu'elle porte alors avec elle, que les vents du sud et de l'ouest ont paru favoriser le développement du rhumatisme, et qu'il règne spécialement dans les lieux exposés à ces vents. On n'a point observé jusqu'ici que leur rapidité eût quelque influence à cet égard. Néanmoins, lorsqu'une personne échauffée par l'exercice s'expose immobile à l'air extérieur qui se meut sans cesse autour d'elle et surtout lorsqu'une petite colonne d'air (*vent coulis*) vient continuellement frapper sur la même partie, il semble que ce soit au mouvement même de l'air, indépendamment de la direction, de la chaleur et de l'humidité, qu'est due la production de la maladie. C'est bien plus encore par des changemens brusques dans les propriétés physiques de l'air, par les successions rapides du chaud et du froid, du sec et de l'humide, que se développent les affections rhumatismales, soit qu'on se transporte avec rapidité d'un pays chaud dans un pays froid (Rouppe, *morb. nav.*), soit qu'on éprouve ces variations dans l'atmosphère d'un même lieu, soit enfin, ce qui est bien plus commun encore, qu'on passe brusquement d'un endroit chaud dans un air froid.

Applicata. L'immersion subite du corps dans l'eau froide, et le séjour prolongé dans ce liquide, l'exposition à la pluie, des vêtemens mouillés conservés sur le corps, le sommeil sur un sol humide, des habits légers, substitués trop brusquement à des vêtemens chauds, sont peut-être, de toutes les causes, celles dont l'application est le plus communément suivie du développement du rhumatisme.

Ingesta. Je ne crois pas qu'il soit possible de déterminer jusqu'à quel point tels alimens ou telles boissons y prédisposent; et je serais même porté à croire qu'ils n'ont sur la production de cette maladie aucune espèce d'influence. *Ponsard* attribuait à l'usage habituel du cidre et de la bière en Angleterre et en Normandie, la fréquence des rhumatismes qu'on y observe. Mais n'est-ce pas aux causes qui empêchent d'y cultiver la vigne, à la nature et à la disposition du sol qu'il faut remonter pour découvrir la véritable source de ce phénomène? *Sydenham* avait remarqué que les individus qui ont fait un long usage du quinquina étaient fréquemment atteints du rhumatisme chronique; je ne crois pas qu'aucun autre médicament ait produit un effet semblable.

Excreta. Des observations nombreuses prou-

vent que la suppression d'évacuations naturelles, ou l'omission de celles que l'art procurait périodiquement, ont été suivies du rhumatisme. D'un autre côté, des excrétions trop abondantes, ou inaccoutumées ont augmenté la susceptibilité à contracter cette maladie; en sorte que tantôt les *excreta* ont paru en être les causes occasionelles, et tantôt seulement les causes prédisposantes.

La suppression de la sueur est regardée comme une des causes les plus fréquentes de cette maladie. *Jean Herman* l'a vue se développer par la rétrocession d'une sueur habituelle des pieds; j'ai rencontré un cas semblable.

La suppression d'épistaxis en a quelquefois été la cause (DESAULT, Clin. *Cassius*). Jusqu'à quel point, en se manifestant dans l'enfance, ces hémorrhagies doivent-elles faire craindre des douleurs articulaires à un âge plus avancé? J'ai cherché à vérifier sur quarante-deux malades cette observation d'*Hippocrate;* vingt-trois en avaient eu fréquemment dans leur jeunesse; dix-neuf en avaient été exempts. La suppression d'une hémoptysie, et plus souvent celle des menstrues ou d'hémorrhoïdes périodiques (*Stahl, Hoffmann, Desault*), ont produit le rhumatisme. *Hoffman* et *Gilibert* ont remarqué que les femmes en sont surtout affectées de quarante à cinquante ans, à l'époque où l'écoulement périodique devient irrégulier ou se supprime tout-à-fait. Enfin *Stahl* paraît avoir vu fréquemment cette maladie déterminée par l'omission de saignées ou de scarifications habituelles. Il en est de même de la suppression des fleurs blanches, des lochies et du lait, des vésicatoires, des sétons et des cautères entretenus depuis long-temps (*Ponsard* et *Desault*).

On voit souvent à la suite de saignées trop copieuses, d'excrétions alvines excessives, spontanées ou provoquées, et de ménorrhagies trop abondantes, les malades contracter des rhumatismes par les causes les plus légères. Des évacuations spermatiques trop considérables ont produit le même effet chez deux individus qui se sont présentés à mon observation. Un scieur de pierre, exposé depuis long-temps à toutes les intempéries atmosphériques, n'en avait éprouvé aucune incommodité; au mois de février 1713, il fut attaqué d'un rhumatisme assez intense: des excès inaccoutumés dans les plaisirs de l'amour avaient précédé l'apparition de cette maladie; aucune autre cause connue n'avait pu la produire. Un charretier couchait depuis plusieurs années dans une écurie étroite et humide sans en avoir éprouvé aucun mal; l'hiver qui suivit son mariage, il fut attaqué de rhumatisme. *Hoffmann* a remarqué que ceux qui se livrent avec excès aux plaisirs de Vénus avant que le corps ait acquis son développement parfait, sont rarement exempts de cette maladie pendant le reste de leur vie. On a prétendu que les enfans n'étaient attaqués de rhumatisme avant la puberté, que quand ils s'étaient livrés à la masturbation: c'est une question qu'on ne pourrait résoudre que par un grand nombre de faits. Sur six enfans que j'ai interrogés, trois seulement avaient contracté cette mauvaise habitude.

Les gens qui mènent une vie active, et qui évitent en même temps de s'exposer aux causes occasionelles du rhumatisme, en sont communément à l'abri; tandis qu'au contraire l'oisiveté y prédispose tellement, que la plupart des religieux en étaient autrefois attaqués (PONSARD, *Traité du Rh.*). De violens efforts, une marche forcée, surtout après un repos prolongé, en ont été la cause occasionelle, dans quelques-uns des cas que j'ai vus. Certaines professions exposent au rhumatisme ceux qui les exercent, l'état militaire plus que tout autre. On s'étonne même que cette maladie ne soit pas plus commune dans les armées. Une chose plus étonnante encore, c'est que beaucoup d'individus qui se retirent du service sans jamais en avoir été attaqués, et qui reprennent le métier qu'ils exerçaient auparavant, en sont atteints plusieurs années après avoir quitté les camps. Parmi soixante-seize rhumatisans entrés à l'hôpital de la Charité, il s'est offert une grande variété dans les professions; cependant il s'est trouvé plus de charretiers ou cochers, de journaliers, de cordonniers et de boulangers que d'individus d'aucun autre métier.

Le sommeil favorise beaucoup l'action du froid extérieur et de l'humidité. Les personnes qui laissent leurs fenêtres ouvertes pendant les nuits, celles qui s'endorment sur le sol humide sont souvent affectées de rhumatisme, tandis que celles qui s'exposent pendant la veille aux mêmes causes en sont plus rarement attaquées.

Quelques autres pensent que la colère et certaines émotions vives ont été des causes occasionelles de la maladie; je n'en connais pas d'exemples. Je serais seulement porté à croire que les passions tristes peuvent, comme le sommeil, rendre plus active l'influence des autres causes.

Mais le rhumatisme n'attaque pas seulement les personnes saines, il peut aussi survenir pendant le cours d'autres maladies, telles que le typhus (HILDEBAND, *Typh. cont.*), la péripneumonie, et surtout les diverses maladies chroniques (*Baillou*); il se manifeste quelquefois au déclin de certaines affections, et peut même en être considéré comme la crise. Enfin on le voit souvent se manifester pendant la faiblesse qui accompagne toujours la convalescence. Dans quelques cas, il est produit évidemment par un traitement perturbateur, tel que l'emploi inconsidéré des astringens dans

la diarrhée (*Eph. cur nat., cent.* 9, *obs.* 10), celui du quinquina dans le commencement des fièvres intermittentes simples. (TORTI, *Therap. febr. pern. period.*)

Telles sont en général les causes du rhumatisme; celles qui agissent sur tout le corps à la fois peuvent le produire dans une partie quelconque ou dans toutes; celles qui agissent seulement sur un endroit du corps, l'application de l'eau froide, un courant d'air, par exemple, développent ordinairement la maladie dans le lieu même sur lequel elles agissent. Ainsi j'ai vu un malade, après s'être reposé dans un lit humide, un autre, après avoir dormi sur la neige, être affectés de rhumatisme du côté sur lequel ils s'étaient couchés. Chez plusieurs ouvriers la maladie occupait le bras tourné vers la fenêtre près de laquelle ils travaillaient; chez un autre elle occupa une épaule découverte pendant toute une nuit, tandis que les autres parties étaient tenues chaudement. Une autre remarque faite par plusieurs auteurs, et que j'ai eu moi-même occasion de vérifier, c'est qu'une luxation, une fracture, une simple contusion, une plaie, sont comme autant de causes qui appellent le rhumatisme sur les parties précédemment affectées. Quelque nombreuses qui soient les causes indiquées du rhumatisme, il arrive néanmoins que des individus sont affectés de cette maladie sans avoir été soumis à aucune des causes externes dont j'ai parlé; d'autres au contraire s'y exposent tous les jours sans en être atteints; d'autres sont tout à coup frappés par les mêmes causes qu'ils bravaient impunément depuis plusieurs années. On découvre quelquefois alors, par un examen attentif, une cause nouvelle qui a favorisé l'action des autres. Souvent aussi l'on ne peut y parvenir, et l'on est forcé de reconnaître que tous les hommes ne sont pas également aptes à contracter le rhumatisme, que le même homme n'est pas également susceptible d'en être affecté dans toutes les circonstances, et que le plus souvent il est absolument impossible de se rendre compte de l'un et de l'autre phénomène.

Le rhumatisme est presque toujours sporadique: il paraît que les variations atmosphériques sont bien rarement assez puissantes pour le produire à la fois chez un grand nombre de personnes, indépendamment de toute circonstance individuelle. On trouve néanmoins dans les auteurs quelques exemples d'épidémies de rhumatisme. *Pringle* en a observé une en 1743 dans l'armée anglaise; *Stoll* en a vu deux à Vienne dans le cours de l'année 1779 *Mertens* a esquissé l'histoire d'une semblable épidémie qui a régné dans la même ville en 1782 et 1783; mais aucune n'est aussi bien décrite que celle dont *Storck* a présenté le tableau dans l'*Annus Medicus*. Je ne puis transcrire l'histoire, ni même présenter ici l'analyse de ces diverses épidémies, et je renvoie à ce sujet aux ouvrages indiqués; j'en ferai seulement usage dans le cours de cet essai, pour compléter l'histoire de la maladie.

Le rhumatisme est endémique dans certains lieux (*Ponsard*). BUCHHAVE (*Acta. soc. med. Haun.*) dit que, de toutes les maladies qui règnent à Copenhague, aucune ne mérite à plus juste titre le nom d'*endémique* que le rhumatisme articulaire; qu'il n'est pas de maison où il n'étende son domaine, et qu'il sévit indistinctement sur les pauvres et les riches. M. *Rodamel* considère aussi le rhumatisme comme endémique dans la ville de Lyon. La plupart des auteurs ont prétendu que le rhumatisme différait de la goutte, en ce qu'il n'était pas héréditaire. J'ai cherché à résoudre cette question par un certain nombre de faits, et voici les résultats que j'ai obtenus. Sur soixante-douze malades, trente-six étaient d'origine rhumatisante, vingt-quatre étaient issus de parens sains, douze n'ont pu donner de renseignemens à ce sujet.

Le docteur *Giannini* a pensé qu'une seule cause, le froid, pouvait produire le rhumatisme; il a considéré l'humidité atmosphérique, le mouvement de l'air, le jeûne, les évacuations excessives, les passions tristes, le repos, comme favorisant seulement l'action de la cause efficiente. Je ne le suivrai pas dans le développement de ses idées, et je ne ferai d'autre reproche à sa théorie que d'admettre comme constant ce qui s'observe seulement dans le plus grand nombre des cas.

De l'espace de temps entre l'application des causes et les premiers symptômes de la maladie.

Le docteur *Haygarth* est, je crois, le premier qui se soit occupé de cette partie de l'histoire du rhumatisme; il a reconnu que cette affection se développait une heure ou même une demi-heure après l'application des causes, le plus souvent un ou deux jours après, jamais au-delà du sixième jour. M. *Giannini* prétend néanmoins l'avoir vu se manifester après un intervalle de quinze jours. Dans le petit nombre de cas où j'ai pu m'en assurer, c'est toujours après un espace de douze à vingt-quatre heures qu'ont paru les premiers symptômes.

Des symptômes.

Symptômes précurseurs. Parmi les symptômes qui précèdent l'invasion du rhumatisme, les uns se manifestent plus ou moins long-temps avant la maladie, se répètent plusieurs fois avant qu'elle se déclare, peuvent faire reconnaître d'avance une disposition à en être atteint, et en sont pour ainsi dire les préludes, ou, si l'on veut, le premier degré. Les autres,

au contraire, se montrent seulement quelques jours ou quelques heures avant l'invasion; ils n'appartiennent à l'histoire du rhumatisme que parce qu'ils en sont suivis; ils ne peuvent rien apprendre sur le genre d'affection qui va se déclarer; ils sont communs au rhumatisme et à la plupart des maladies aiguës.

Les préludes du rhumatisme s'observent chez un grand nombre de ceux qui doivent en être atteints; tantôt c'est une gêne légère qui accompagne ou suit les grands mouvemens, les efforts considérables; tantôt c'est une sensation incommode qui survient sans cause connue, et occupe quelque partie sur laquelle la main se porte comme d'elle-même et exerce des frictions sans que le malade en ait la conscience. Dans d'autres cas, c'est un refroidissement partiel des tégumens ou de quelque articulation. Ces divers phénomènes se répètent une ou deux fois chaque année, ou même chaque mois; ils durent rarement un jour, ordinairement ils ne persistent pas au-delà de quelques heures et même de quelques minutes. Ils se manifestent plus souvent dans les saisons froides et humides que dans les temps chauds et secs; tantôt c'est dans des parties différentes qu'ils se font successivement sentir; tantôt c'est dans la même, et presque toujours alors c'est là que le rhumatisme aura son siége lorsqu'il se manifestera.

Quant aux symptômes précurseurs proprement dits, ils n'offrent rien de bien remarquable. Souvent ils sont nuls ou presque nuls; ils ne se présentent guère que dans les cas où la maladie débute avec une certaine intensité. Cette règle n'est pas néanmoins sans exception: j'ai vu le rhumatisme commencer par un paroxysme fébrile, et n'offrir que les symptômes et la marche du rhumatisme chronique. Dans plusieurs cas, un rhumatisme aigu très-intense s'est montré sans aucun autre symptôme précurseur que des douleurs vagues qui gênaient le mouvement depuis quelques jours. Les malades éprouvent des lassitudes spontanées ou une fatigue qui n'est pas proportionnée à l'exercice qu'ils ont pris les jours précédens; les membres sont lourds, les mains et les pieds deviennent pâles et engourdis; c'est par eux ordinairement que le frisson commence. Dans quelques cas, c'est par l'épine du dos, comme dans l'épidémie de *Storck*. Je l'ai vu commencer par les hanches, qui furent le siége des premières douleurs. Dans tous les cas, il s'étend bientôt au reste du corps, quelquefois avec un tremblement général. A ces premiers symptômes succède une chaleur universelle, accompagnée d'anxiété dans la région précordiale; le pouls devient fréquent et serré, la soif vive, la respiration accélérée, l'agitation générale. Dans deux cas, j'ai vu quelques lipothymies se joindre à ces phénomènes; mais communément les symptômes précurseurs sont beaucoup moins intenses.

Invasion. L'invasion du rhumatisme succède quelquefois à des symptômes variés, souvent aussi elle est soudaine. Elle a lieu par une douleur tantôt obscure, qui s'accroît avec plus ou moins de rapidité; tantôt vive, au point de suspendre tout à coup le mouvement. Chez un des malades que j'ai observés, elle se manifesta subitement pendant la marche dans les deux genoux, avec une telle intensité, qu'il ne put ni marcher ni prévenir la chute qui eut lieu presque aussitôt. Chez un autre, qui depuis huit jours éprouvait seulement une gêne légère dans le mouvement, la douleur se fit sentir avec une telle violence dans la cuisse, que toute flexion de la jambe devint impossible, et que, pour gagner sa maison, le malade fut obligé à chaque pas de soulever avec la main correspondante et de porter en avant la cuisse affectée. L'invasion du rhumatisme peut également avoir lieu pendant la veille et le sommeil. Dans ce dernier cas, le malade se réveille avec une douleur plus ou moins vive dans quelque partie du corps, sans qu'il puisse savoir à quel moment elle a commencé, et quelle a été son intensité au début.

Symptômes. Je considérerai d'abord isolément les divers symptômes locaux et généraux que présente le rhumatisme; je les suivrai ensuite dans leur ensemble en traçant la marche de la maladie.

La *douleur* est, de tous les symptômes, le premier qui se manifeste, le seul qui soit constant. Elle n'offre pas moins de variété par sa nature, son intensité, son type, que par la multitude de parties qui peuvent en être le siége. Le plus souvent elle est contusive ou pulsative. Beaucoup de malades comparent le mal qu'ils éprouvent à celui que produirait un instrument aigu qui traverserait à plusieurs reprises la partie affectée, ou plusieurs lames qui s'y enfonceraient simultanément dans diverses directions; d'autres accusent un simple picotement, un engourdissement incommode, une tension ou bien une sorte de constriction; quelques-uns se plaignent d'une sensation de morsure ou de déchirement. La nature de la douleur est quelquefois la même, au niveau des articulations et dans les intervalles; plus souvent elle est différente; mais quand elle occupe un grand nombre de parties, il arrive communément qu'elle n'est la même ni dans toutes les articulations, ni dans les espaces inter-articulaires; et que celle qui occupe la continuité des membres offre le même caractère que celle qui se fait sentir au contour de quelque jointure. Dans le mouvement, elle a presque toujours un caractère lancinant; elle ressemble quelquefois à celle que produit une décharge électrique. Après avoir persisté pendant un certain temps

dans les mêmes parties, elle change ordinairement de nature; mais quelquefois aussi, en diminuant d'intensité, elle conserve absolument le même caractère, qu'on retrouve encore dans le rhumatisme chronique. Ce dernier peut offrir tous les genres de douleurs qu'on rencontre dans le rhumatisme aigu; il y a seulement cela de particulier, que dans les douleurs lancinantes ou perforantes, il semble presque toujours au malade que la cause matérielle qui paraît produire le mal se meut avec lenteur; tandis que dans le rhumatisme aigu elle agit avec une grande rapidité. Dans quelques cas aussi, les malades croient sentir un liquide, un corps sphérique qui roule dans les parties affectées. En songeant qu'ils comparent les sensations qu'ils éprouvent à d'autres, que le plus souvent ils n'ont jamais éprouvées et qu'ils ne connaissent pas, on sera convaincu de l'incertitude que doit présenter la nature de la douleur.

Intensité. Elle peut offrir tous les degrés entre un simple malaise, une sensation incommode, dont le malade s'aperçoit à peine, et ces souffrances atroces qui lui arrachent des cris involontaires. En général, elle est plus vive au niveau des articulations que dans les espaces intermédiaires; quelquefois même elle s'y fait sentir exclusivement. Cette remarque n'est pas bornée aux membres, elle s'étend même aux os de la tête; *Arétée* a observé que le rhumatisme se fait sentir dans tout le trajet des sutures: généralement aussi les douleurs sont plus vives dans les petites articulations que dans les grandes; mais cette double disposition n'est pas constante. Dans quelques cas, on observe le contraire: dans d'autres, toutes les parties sont également douloureuses; mais, pour montrer combien cela doit être rare, il suffit de faire remarquer que, dans le contour d'une seule articulation, d'un seul membre, elle offre presque toujours plusieurs degrés d'intensité. La douleur augmente spontanément dans certaines circonstances que j'indiquerai en parlant de la marche. Elle devient plus vive aussi par certaines causes qui peuvent agir à tout instant sur elle, comme la pression extérieure, dont l'effet est quelquefois tel, que les malades ne peuvent supporter le poids des couvertures, et qu'il devient nécessaire de le soutenir sur des cerceaux: l'impression du froid extérieur est, dans quelques cas, agréable aux malades, et semble modérer leur douleur, quand celle-ci est accompagnée d'une chaleur vive; chez d'autres, elle l'augmente; mais le plus souvent elle est sans action sur elle. Il est à peine nécessaire de dire qu'on ne doit pas confondre ici l'impression du froid sur la peau et son influence sur l'intensité du mal. J'ai vu, dans un cas, la partie affectée moins sensible au froid extérieur que les parties voisines; mais communément on observe le contraire, autant sans doute à cause de l'habitude où sont les malades de la couvrir davantage, que par l'effet de la maladie. La douleur est généralement beaucoup moins forte dans le rhumatisme chronique que dans le rhumatisme aigu; cependant elle peut présenter dans ce dernier peu d'intensité, et être portée au plus haut degré dans l'autre. Quelques auteurs ont encore observé qu'elle était plus vive dans les membres inférieurs que dans les supérieurs (*Razoux*); chez les femmes que chez les hommes (*Arétée*); dans les climats chauds que dans les pays tempérés (*Cassan*).

C'est surtout par son *type* que la douleur diffère dans les deux espèces de rhumatisme; elle est toujours continue dans le rhumatisme aigu intense, souvent dans le rhumatisme aigu léger; dans l'espèce chronique elle est constamment intermittente. Elle ne se fait alors sentir qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, ou sous l'influence des mêmes causes qui l'augmentent, dans le cas précédent.

La *chaleur* locale est tantôt augmentée et tantôt diminuée dans cette maladie: souvent aussi elle est la même que dans le reste du corps: quelquefois elle présente successivement ces trois degrés dans la durée d'un rhumatisme, dont la marche devient différente; ainsi l'on voit chez le plus grand nombre des malades la chaleur, d'abord vive, le devenir successivement moins, et plus tard une sensation de froid la remplacer. Quelquefois aussi ces phénomènes se succèdent dans un ordre tout différent, et les malades accusent un froid plus ou moins vif dans les mêmes parties, qui deviennent ensuite le siége d'une chaleur brûlante. *Cattier* a observé cette particularité, qui s'est aussi présentée à moi. Dans quelques cas beaucoup plus rares, les mêmes parties sont alternativement, et dans le même jour, le siége d'une sensation de chaud et de froid. On voit presque constamment la chaleur coïncider avec la douleur continue, et cesser quand celle-ci devient intermittente. C'est seulement dans le rhumatisme chronique qu'une sensation de froid lui succède: rarement, dans cette espèce, observe-t-on une élévation momentanée de la chaleur locale. Quant à la nature de la chaleur dans ces affections, elle est rarement franche comme dans les inflammations; en général, elle est âcre, mordicante, et semblable, dans quelques cas, à celle de l'érysipèle, comme le prouve l'observation très-curieuse de *Tralles*, qui, après s'être exposé au froid, éprouva dans l'épaule gauche une douleur rhumatismale accompagnée d'une chaleur tellement cuisante, que ce médecin crut être affecté d'un érysipèle sur cette partie. L'élévation ou la diminution de la chaleur, et le caractère

d'âcreté qu'elle présente au malade, sont quelquefois mais rarement appréciables pour le médecin. Les degrés de la chaleur suivent assez exactement ceux de la douleur; ils augmentent et diminuent de concert. Je ferai seulement remarquer que l'exaspération de la douleur par la pression ou le mouvement n'est pas accompagnée généralement d'une semblable augmentation de la chaleur, qui ne devient plus vive que dans les paroxysmes spontanés.

Le *gonflement* peut se manifester dans le rhumatisme aigu et chronique, mais surtout dans le premier. On ne l'observe guère qu'au niveau des articulations; il offre encore cela de particulier, d'être d'autant plus apparent, qu'il occupe des articulations plus petites; il est plus considérable aux articulations des phalanges entre elles, et au carpe que partout ailleurs; il l'est successivement moins aux poignets, aux malléoles, aux coudes et aux genoux, où souvent, après un examen attentif, on n'ose encore décider s'il existe. Enfin il ne s'est peut-être jamais présenté dans les articulations de l'épaule et de la hanche. Le gonflement n'est pas toujours borné aux parties articulaires; il s'étend, quelquefois même assez loin, dans les parties voisines. Il n'est pas bien certain qu'il se soit manifesté isolément dans les espaces inter-articulaires. Quelques auteurs disent l'avoir observé dans le torticolis (*Gilibert*), et dans le rhumatisme des joues (*Rodemacher*); mais ces témoignages ne me paraissent pas suffisans. Cette tuméfaction est *rénitente*, puis molle, et même œdémateuse, non circonscrite; elle disparaît insensiblement dans les parties voisines, et n'est bien sensible qu'au milieu de celle qu'elle occupe; en sorte qu'il est impossible d'indiquer d'une manière certaine le lieu où elle commence et celui où elle cesse : tout ce que je viens de dire s'étend à la rougeur, et je ne le répéterai pas. Je ne crois pas devoir faire d'exception à cette règle pour un seul cas qui s'est offert à moi. Un homme de quarante ans était retenu depuis quinze jours à l'hôpital par un rhumatisme articulaire assez intense; la douleur se porta sur le dos de la main, et présenta au niveau de la face dorsale de l'os semi-lunaire une sorte de tache bleuâtre circonscrite, aussi prononcée à la circonférence qu'au centre, accompagnée de chaleur et d'un gonflement sensible; la douleur augmentait par le mouvement et la pression : ces symptômes disparurent en quelques jours.

La douleur seule accompagne constamment le gonflement; la rougeur et la chaleur s'y joignent seulement dans le rhumatisme aigu. Plusieurs auteurs, *Sauvages, Richter, Buchhave* parlent de tumeurs ovoïdes qui se montrent tout à coup, disparaissent de même, et occupent surtout les parties charnues des extrémités. Je ne fais que les indiquer ici, parce que, n'ayant pas eu occasion de les observer, je ne puis m'en former qu'une idée fort obscure.

La *rougeur* est un symptôme qui ne se manifeste que dans le rhumatisme aigu : elle est toujours accompagnée de douleur, de gonflement et de chaleur; cette dernière néanmoins peut cesser pendant que la rougeur subsiste encore. Elle offre des degrés nombreux entre la couleur vive de l'érysipèle et une coloration légère que l'œil distingue à peine de celle qui est naturelle à la peau. *Leidenfrost* a remarqué que, quand on appuie le doigt sur une partie affectée de rhumatisme, on y produit une blancheur plus vive que dans les parties saines : en admettant que le point douloureux offre une rougeur à peine sensible, on voit clairement la cause de cette erreur. La rougeur ne persiste guère au-delà de quelques jours dans les parties qu'elle occupe, mais quand elle y reste plus long-temps, elle prend une nuance livide ou violacée, qui souvent ne disparaît qu'incomplètement par la pression. Enfin, dans quelques cas de rhumatisme chronique, on a cru remarquer de la pâleur dans les parties malades; je ne l'ai rencontrée dans aucun cas. On peut joindre aux symptômes locaux la sécheresse de la peau indiquée par quelques auteurs (*Hoffmann, Cowling*), et qui se présente quelquefois dans la partie affectée de rhumatisme chronique, tandis que tout le reste du corps est couvert d'une sueur abondante. Je n'ai jamais eu occasion d'observer ce phénomène.

Lésions du mouvement.

La contraction des muscles ne s'exécute jamais librement dans les parties qu'occupe le rhumatisme; elle peut être complètement empêchée : elle peut n'éprouver qu'une gêne légère, et offrir tous les degrés intermédiaires. Le mouvement augmente ou provoque constamment la douleur; c'est là un des symptômes caractéristiques de la maladie : nous avons vu, en parlant de son siége, que l'augmentation de la douleur était proportionnée à la force qu'emploie le muscle en se contractant, et que le mouvement communiqué était toujours beaucoup moins douloureux, quelquefois même ne l'était pas; je ne reviendrai pas sur ces objets : je ferai remarquer seulement que, dans un degré modéré de la maladie, il semble que non seulement la douleur suspende la contraction, mais encore qu'il y ait dans le muscle affecté diminution de l'aptitude à se contracter. Cette diminution de la faculté contractile devient plus manifeste encore dans quelques cas où elle persiste seule long-temps après que la douleur a disparu, quoique le mouve-

ment n'ait été tout-à-fait suspendu que pendant peu de jours. On peut tout au plus la soupçonner dans le rhumatisme aigu très intense. Les crampes, les soubresauts, les tremblemens, les mouvemens involontaires, les convulsions (*Buchhave, mém. soc. Copenhag.*), le tétanos (*Storck*) qu'on observe quelquefois, peuvent être en même temps produits et par la violence de la douleur, et par le désordre de la contractilité musculaire.

Les muscles sont aussi, dans quelques cas, le siége d'une sorte d'engourdissement qui peut être continu, ou revenir seulement après le sommeil ou un repos prolongé; c'est ce que j'ai eu occasion d'observer chez plusieurs malades : dans l'un d'eux, cet engourdissement occupait tantôt une partie, tantôt une autre parmi celles qui avaient été précédemment douloureuses ; il disparaissait après plusieurs contractions.

Un phénomène opposé à celui-ci, et qui se présente moins souvent, est la contracture des muscles, dont les deux extrémités se rapprochent et résistent aux forces qui tendent à les éloigner; elle occupe rarement la totalité des muscles d'un membre ; c'est surtout, et peut-être même exclusivement, dans les fléchisseurs qu'on l'observe. Ce symptôme en général ne se manifeste que quand la maladie existe depuis un temps fort long; quelquefois néanmoins après une courte durée. Un jeune homme de vingt ans contracta à l'armée un rhumatisme aigu qui occupa le côté droit du corps pendant deux mois : à cette époque, la douleur et le gonflement avaient presque disparu, mais les muscles fléchisseurs de la cuisse rétractés ne permettaient même pas à la jambe de faire avec elle un angle droit; à l'avant-bras la contracture était encore plus remarquable, en ce qu'elle ne portait que sur la portion des muscles fléchisseurs destinée au petit doigt et à l'annulaire, qui sont restés depuis dans une flexion forcée. L'usage extérieur des eaux de Barèges fit cesser la rigidité des muscles de la cuisse.

L'atrophie des muscles est un autre phénomène qui, comme le précédent, ne se montre communément que dans la dernière période de la maladie ; mais quelquefois aussi après un temps fort court. J'ai vu l'atrophie survenir après six mois de maladie dans un cas, et soixante jours dans un autre.

Le trouble porté à la faculté contractile des muscles détermine, dans les fonctions auxquelles ces muscles coopèrent, certains désordres que je vais indiquer ici. Tel est le trouble de la vue dans le rhumatisme des muscles moteurs de l'œil, l'écoulement des larmes et de la salive dans celui qui occupe les muscles des paupières et des lèvres, la difficulté de prononcer certains mots dans cette dernière variété; la gêne de la déglutition dans le torticolis (GILIBERT, *Adver. medic. pract.*), celle de l'inspiration dans le rhumatisme des parois thoraciques, et celle enfin qui accompagne les efforts expirateurs dans celui des muscles abdominaux.

La *situation des parties malades* appartient aux symptômes locaux, et terminera ce qui me reste à dire sur ce sujet : quand le rhumatisme occupe les membres, les articulations sont tenues dans une demi-flexion, à l'exception des phalanges, qui sont toujours alors dans l'extension complète. Lorsqu'il a son siége dans le poignet et à l'avant-bras, ces parties sont toujours placées en travers sur le thorax, qui leur fournit un appui. Quand il attaque un des côtés du corps, ou seulement du tronc, le décubitus a d'abord lieu sur le côté opposé; mais plus tard, quand il ne reste qu'une légère douleur et une sensibilité plus grande au froid extérieur, c'est communément sur ce côté, tenu ainsi plus chaudement, que se couche le malade; c'est sur le dos, dans le rhumatisme général; si l'affection est bornée à la région vertébrale, la colonne est ordinairement courbée en devant, quelquefois l'inclinaison est latérale, comme on l'observe dans le torticolis; quelques malades même soutiennent leur tête avec la main de ce côté; la tête et le tronc exécutent alors simultanément des mouvemens généraux.

Symptômes généraux.

Le rhumatisme est souvent une affection purement locale, qui n'excite aucun désordre dans les organes qui n'en sont pas le siége; mais, quand il est intense et aigu, on observe des symptômes généraux que je vais passer en revue : la figure est rouge et animée; elle participait à la tuméfaction générale dans l'épidémie décrite par *Storck :* l'habitude générale n'offre rien autre chose de remarquable qu'une agitation continuelle, résultat du malaise que produit la même position, et de la douleur qui accompagne le mouvement nécessaire pour en prendre une nouvelle. L'appétit est suspendu dès le début; la soif vive, la constipation qu'on observe presque constamment sont sans doute en partie l'effet de la maladie; mais le repos absolu, l'emploi des sudorifiques et des narcotiques sont autant de causes qui doivent y concourir. Ce symptôme s'observe dans presque toutes les espèces de rhumatismes.

La respiration n'est jamais accélérée qu'en raison de la fréquence du pouls, et la gêne qui surviendrait dans cette fonction devrait faire craindre une complication fort grave, si elle était indépendante de toute affection des muscles du thorax. Le pouls est fréquent et dur, plein ou serré; la chaleur élevée, ordinairement franche, quelquefois un peu âcre, sur-

tout à l'époque où le rhumatisme, comme la plupart des maladies aiguës, prend un caractère bilieux : la peau est, en général, douce au toucher, bien rarement sèche, communément, au contraire, il se manifeste des sueurs extrêmement copieuses, qui sont le plus souvent inutiles dans le commencement, deviennent quelquefois nuisibles, et plus rarement encore ont été critiques. M. *Cassan*, qui a pratiqué la médecine aux Antilles, a observé que les sueurs même considérables ne soulagaient pas, tandis que l'exposition à un courant d'air frais, et les frictions huileuses qui modèrent ou empêchent la transpiration, produisaient une amélioration sensible. J'ai vu quelquefois les sueurs suivies d'un soulagement marqué, mais fort court. Chez beaucoup de malades, ce ne fut qu'après la cessation des sueurs qu'il survint une diminution notable dans l'intensité des symptômes; chez un petit nombre, cette diminution coïncida avec le retour des sueurs momentanément suspendues. L'urine est ordinairement rouge au début de la maladie; à mesure que celle-ci avance et que la fièvre a des rémissions plus sensibles, elle dépose un sédiment briqueté, qui néanmoins n'est pas essentiellement critique; car souvent la maladie continue longtemps après qu'il a paru (*Cullen*). Dans l'épidémie de *Storck*, elle fut épaisse, trouble, fétide, et excrétée avec ardeur, tant que la fièvre dura; ensuite elle devint épaisse et sédimenteuse; elle est quelquefois pâle et ténue pendant les paroxysmes. Le sang, tiré des veines, a aussi fixé l'attention de plusieurs médecins. *Sauvages* a remarqué qu'il présentait une couenne moins épaisse que dans la pleurésie; *Stoll* l'a trouvée plus dense que dans toute autre affection inflammatoire. *Clopton Havers*, conduit par ses idées théoriques plutôt que par l'observation, avait cru reconnaître dans le liquide accumulé sous l'épiderme, par l'action des vésicatoires, la consistance et la nature gélatineuse qu'il supposait à celui que devaient sécréter ses prétendues glandes: plusieurs faits me portent à croire que le rhumatisme n'a aucune influence appréciable sur la nature de ce liquide. Quant aux forces, elles ne sont troublées que dans les parties qu'occupe la maladie. Dans quelques cas il y a perte absolue du sommeil; chez quelques-uns, l'intensité des douleurs l'empêche complètement pendant toute la durée du paroxysme; chez les autres, il est seulement interrompu à de courts intervalles par les exaspérations répétées des symptômes, dans l'un et l'autre cas, le sommeil a lieu le matin au moment de la rémission.

Enfin il est assez ordinaire qu'une céphalalgie plus ou moins forte se joigne aux autres phénomènes de la maladie.

L'amaigrissement général du corps, la constipation, la sécheresse de la peau, ou des sueurs inutiles, la couleur orangée de l'urine avec énéorème, l'insomnie, sont les seuls symptômes généraux que présente communément le rhumatisme chronique intense.

Marche de la maladie.

La marche de la maladie est extrêmement variable. Je la tracerai successivement dans le rhumatisme aigu et chronique, suivant qu'ils sont légers ou graves; en montrant ainsi les extrêmes, on supposera facilement les degrés intermédiaires.

Le *rhumatisme aigu intense* (*fièvre rhumatismale*) est presque toujours précédé des symptômes précurseurs que j'ai indiqués; ils peuvent durer un ou deux jours avant l'invasion. Celle-ci a lieu par une douleur vive et continue qui correspond à une ou plusieurs articulations, ou aux intervalles qui les séparent; elle devient successivement plus intense pendant les deux ou trois premiers jours; il s'y joint d'abord de la chaleur, plus tard du gonflement et de la rougeur. *Cullen* pensait que la tuméfaction et la rougeur faisaient cesser la douleur; il m'a paru, au contraire, que la douleur augmentait avec la tuméfaction, et que ce n'était qu'au moment où celle-ci avait acquis tout son développement que la douleur commençait à diminuer dans le lieu primitivement affecté; j'ai même vu chez un malade l'un et l'autre s'accroître, diminuer et cesser en même temps; mais ordinairement, lorsque la tension et la rougeur deviennent moindres, le gonflement persiste encore; il ne cesse qu'avec plus ou moins de lenteur, et laisse quelquefois, dans les parties affectées, des rides ou une sorte d'œdématie qui disparaissent peu à peu. Mais en même temps que la douleur s'affaiblit dans cette partie, elle commence à se faire sentir dans une autre, quelquefois dans plusieurs; tantôt elle semble, en changeant de lieu, suivre le trajet des muscles; tantôt, au contraire, elle se porte dans des articulations très-éloignées, sans s'être fait sentir dans les intervalles; elle ne cesse dans la première que quand elle a acquis dans les autres une certaine intensité. Cette règle n'est pas néanmoins sans exception, et, dans quelques cas, il y a un intervalle marqué entre le temps où la douleur cesse dans un point et celui où elle se transporte ailleurs. Dans quelques autres cas, au contraire, on remarque que la partie sur laquelle a agi immédiatement la cause qui a produit le rhumatisme reste douloureuse pendant tout le cours de la maladie, et que la douleur y devient seulement plus ou moins forte, suivant qu'elle diminue ou augmente dans les autres endroits momentanément affectés. Enfin quelquefois la douleur se porte dans un temps très-court, en vingt-quatre heures, par exemple, sur beau-

coup d'articulations dans lesquelles elle augmente simultanément d'intensité, sans diminuer ni même être stationnaire dans celles qui ont été les premières affectées.

Dans des cas fort rares, la maladie offre au début sa plus grande violence, et devient de jour en jour moins grave jusqu'à sa terminaison : le plus souvent elle augmente pendant quelques jours, diminue ensuite, se montre dans une autre partie, où elle augmente et diminue de même. On pourrait voir de cette manière, dans beaucoup de rhumatismes aigus, une série d'affections partielles qui, successivement, sont la crise de celles qui ont précédé et se jugent par l'apparition d'une maladie semblable dans un autre lieu, jusqu'à ce que, ces affections partielles diminuant peu à peu d'intensité, la maladie elle-même disparaisse insensiblement, ou bien jusqu'à ce qu'une de ces affections se juge par une évacuation critique ou une autre maladie.

C'est ordinairement pendant la nuit, comme l'observe *Cullen*, que la douleur change de place; et plusieurs malades s'étonnent à leur réveil de n'en plus sentir dans le lieu qui la veille était affecté, et de l'éprouver dans une partie qui était libre.

Dans cette espèce de rhumatisme, le mouvement des parties douloureuses est complètement impossible ; le mouvement communiqué, la commotion légère imprimée au plancher par les personnes qui marchent dans la chambre du malade lui font pousser des cris ; la pression la plus légère lui est insupportable, et en même temps qu'il réclame pour tous ses besoins les secours de ceux qui l'entourent, il tremble en les voyant s'approcher de lui, dans la crainte qu'on ne le touche. C'est aussi dans ce cas qu'on observe les symptômes généraux dont j'ai parlé.

La fièvre cesse presque toujours avant les douleurs ; elle se juge, suivant *Barthez*, par une crise partielle, vers la fin du deuxième ou troisième septénaire, quelquefois dès le quatrième ou septième jour, soit par les urines, soit par les sueurs ; les douleurs deviennent alors plus modérées et plus circonscrites. Cependant *Sydenham* a observé dans quelques cas qu'elles devenaient beaucoup plus intenses.

Le *rhumatisme aigu léger* est ordinairement précédé d'un simple frisson : la fièvre qui lui succède, et qui accompagne l'invasion, ne dure quelquefois que vingt-quatre heures, et ne persiste pas au-delà de deux à trois jours ; d'autres fois aucun symptôme général ne l'annonce et ne s'y joint. Cette espèce peut être primitive, précéder le rhumatisme aigu intense, ou se montrer après lui. La douleur est ordinairement bornée à peu de parties, quelquefois à une seule : son intensité est médiocre; tantôt elle se fait sentir d'une manière continue, tantôt seulement pendant la nuit. La chaleur est intermittente comme la douleur. On n'observe pas de rougeur dans les parties affectées, presque jamais de gonflement. Le mouvement n'est pas tout-à-fait suspendu ; il n'est, en général, que douloureux et gêné. Cette variété offre les même symptômes que le *rhumatisme chronique léger;* elle en diffère par la durée, peut-être par les causes, mais surtout par la marche même de la maladie, qui, observée pendant un certain nombre de jours, offre dans le rhumatisme aigu léger une tendance marquée vers une terminaison heureuse, une diminution graduée et continue des symptômes, qui sont à peu près stationnaires dans l'espèce correspondante du rhumatisme chronique. Le type toujours intermittent de la douleur, la diminution presque constante de la chaleur, qui n'est jamais augmentée, concourent encore à distinguer cette dernière espèce.

Dans le *rhumatisme chronique intense*, qui paraît succéder toujours à l'une des espèces précédentes, la douleur peut être aussi forte que dans l'affection aiguë ; mais elle n'est pas continue, et la chaleur, qui quelquefois l'accompagne, est passagère. Le gonflement, quand il se manifeste, ne se présente jamais avec la rougeur et la *rénitence* qu'on observe dans le premier cas. Le mouvement est souvent tout-à-fait suspendu ; mais nul trouble de la circulation ne s'y joint, si ce n'est lorque la fièvre hectique vient le terminer. Cette dernière variété diffère encore des deux premières, en ce qu'elle ne tend pas comme elles vers la guérison, et qu'elle n'est pas stationnaire comme la troisième, mais que, par les symptômes généraux qui s'y joignent, et quelquefois même par l'augmentation des symptômes locaux, elle tend évidemment à s'aggraver.

Dans l'une et l'autre espèce de rhumatisme chronique et surtout dans la seconde, on remarque moins de mobilité dans les symptômes qui changent rarement de siége, et souvent persistent opiniâtrément dans la même partie. Ces quatre espèces ne sont pas, comme on le voit, des maladies distinctes et indépendantes l'une de l'autre, mais seulement des degrés ou des périodes divers d'une affection semblable, qui se montrent communément dans l'ordre suivant lequel je les ai présentés, mais suivant aussi quelquefois un ordre différent ou même tout opposé : des nuances multipliées les unissent l'une à l'autre, et le même individu peut les offrir toutes successivement.

Beaucoup de causes paraissent influer sur la marche du rhumatisme ; je vais les examiner successivement. L'âge adulte, le tempérament sanguin, la force de la constitution, semblent devoir imprimer à la maladie une marche rapi-

de, tandis qu'au contraire la vieillesse, le tempérament lymphatique, une consitution débile, paraissent prédisposer au rhumatisme chronique. Peut-être aussi les causes extérieures qui précèdent le début de la maladie, et celles qui ont agi pendant long-temps avant son développement, ont-elles une influence marquée sur le cours de cette affection. Néanmoins l'observation prouve que tous les âges, tous les tempéramens, toutes les constitutions, peuvent présenter les diverses espèces de rhumatisme, et que les mêmes causes extérieures qui ont précédé l'invasion de l'espèce aiguë ont souvent aussi paru produire le rhumatisme chronique.

La nuit, comme l'ont observé la plupart des auteurs, semble donner à cette affection un caractère rémittent. Chez tous les rhumatisans que j'ai vus, si j'en excepte deux, les paroxysmes avaient lieu la nuit : quelques-uns les attribuaient à l'exercice qu'ils avaient pris le jour ; mais en ayant engagé plusieurs à garder le lit, ils ont éprouvé le soir la même exaspération des douleurs. Cette observation est d'accord avec ce qu'on voit chez tous ceux à qui l'intensité du mal ne permet pas le moindre mouvement : on a remarqué, à la vérité, que, dans quelques cas où les douleurs étaient très-violentes, les paroxysmes nocturnes n'avaient point lieu ; mais cela ne s'observe guère que pendant les trois à quatre premiers jours, et bientôt ils deviennent très-prononcés. Dans le rhumatisme aigu intense, ces paroxysmes sont caractérisés par une augmentation des symptômes locaux et généraux, précédée chez quelques uns d'une sensation de froid dans la région vertébrale. Dans le rhumatisme aigu léger, la douleur, qui pendant le jour était presque nulle, commence à se faire sentir plus vivement vers le coucher du soleil ou le milieu de la nuit, s'accroît avec plus ou moins de rapidité, et parvient à un degré d'intensité qu'elle conserve pendant un quart d'heure, une ou plusieurs heures, ou même toute la nuit ; ensuite elle cesse peu à peu, quelquefois dans un temps égal à celui pendant lequel elle s'est accrue, mais généralement avec plus de lenteur : chez quelques uns, elle acquiert tout à coup son intensité, qu'elle conserve pendant trois à quatre heures, et diminue ensuite par degrés, jusqu'à ce qu'elle ait repris sa force ordinaire ; chez d'autres, elle augmente et diminue plusieurs fois, sans néanmoins cesser d'être plus vive que dans le jour : chez quelques malades, elle commence à se faire sentir pendant le sommeil, que bientôt elle interrompt. J'ai observé plusieurs fois que la longueur et la violence des paroxysmes deviennent successivement moindres, à mesure que la maladie s'avance vers une fin heureuse. Dans les deux espèces de rhumatisme chronique, on rencontre quelquefois des phénomènes semblables à ceux de l'espèce précédente ; mais en général on voit seulement les petits paroxysmes qui surviennent spontanément pendant le jour devenir alors plus intenses et plus longs, et être séparés par des intervalles plus courts.

On n'a jamais cru que l'état de l'atmosphère eût sur le rhumatisme fébrile une influence bien sensible. Je me suis assuré qu'il en était de même du rhumatisme aigu léger, et je l'ai toujours vu marcher d'un pas à peu près égal vers la guérison, indépendamment de toutes les variations de l'air. Mais on a sur la même affection devenue chronique une opinion tout opposée. La plupart des malades déclarent en effet que leurs douleurs deviennent plus vives, leurs mouvemens plus gênés, dans les temps froids et humides, et surtout dans les jours qui précèdent les grands changemens atmosphériques. Quelques médecins ont remarqué que les vents du nord (*Roussel*, hôp. d'Auxonne), l'abaissement du mercure (*Clerc*), en augmentaient aussi l'intensité. Dans le but d'éclaircir ces diverses questions, j'ai noté chaque jour, depuis le mois de novembre 1812 jusqu'en avril 1813, chez trente malades, les changemens survenus dans les symptômes et dans les propriétés sensibles de l'air : et voici les résultats que j'ai obtenus : dans aucun temps les douleurs n'ont été exaspérées ou adoucies chez tous les malades à la fois. Chez un très-petit nombre la pluie ou les brouillards, la sécheresse ou l'humidité de l'air, l'élévation ou l'abaissement du thermomètre et du baromètre, ont constamment coïncidé, soit à la diminution, soit à l'augmentation des douleurs. Elles ont, chez la plupart des malades, tantôt augmenté et tantôt diminué dans les mêmes circonstances atmosphériques, et souvent elles sont demeurées stationnaires dans les grandes variations. Quant aux pressentimens des malades sur ces prochaines variations, jamais ils n'ont été les mêmes chez tous ; aucun ne les a annoncés toujours avec justesse; presque tous en ont plusieurs fois prédit, sans qu'aucune se soit présentée dans les jours suivans. J'ai vu un malade qui prétendait avoir remarqué que ses douleurs s'exaspéraient pendant le déclin de la lune ; il est resté plusieurs mois à l'hôpital, et le même phénomène ne s'est pas offert. Mais si les mutations fréquentes qui surviennent dans une même saison n'impriment à la marche du rhumatisme aucune modification bien marquée, il n'en est pas de même de ces grands changemens amenés par les diverses saisons; et l'expérience démontre que c'est surtout dans celles qui sont froides et humides que sévit le rhumatisme chronique, tandis que pendant l'été il se fait sentir avec moins d'opiniâtreté et moins de force.

Certaines circonstances de la vie, la gestation entre autres, influent également sur sa marche. « Une femme éprouvait, avant de » concevoir, de la douleur dans la hanche; » après la conception la douleur cessa, et » reparut vingt jours après l'accouchement. » (*Hipp.* Épidém. 2.) Dans quelques cas, les premières douleurs paraissent avoir produit un effet semblable. (*Rodamel.*)

Les maladies qui se développent en même temps que le rhumatisme, et celles qui surviennent pendant la durée de cette affection, n'y portent, dans quelques cas, aucun changement; mais communément on les voit en ralentir ou en suspendre le cours, soit pendant toute leur durée, soit seulement lorsqu'elles sont à leur plus haut degré. Un homme affecté depuis long-temps d'un rhumatisme à l'épaule eut une éruption de petits boutons érysipélateux sur cette partie; la douleur rhumatismale cessa presque entièrement, et ne reprit son intensité première qu'après la desquamation. Un autre fut pris à la fois de péripneumonie et d'un rhumatisme aigu, qui, léger dans le commencement, devint très-intense vers le déclin de la péripneumonie; dans un autre cas où la même complication existait, le rhumatisme fut tout-à-fait suspendu depuis le neuvième jusqu'au dix-huitième jour, et ce ne fut qu'au moment de la cessation complète de l'inflammation pulmonaire qu'il reprit son cours. On lit dans le Journal de Médecine, t. 74, qu'un lumbago cessa pendant que la joue était le siége d'un gonflement inflammatoire, et qu'il reparut aprés que celui-ci se fut dissipé. D'autres fois ce n'est qu'un certain temps après la terminaison de l'affection survenue que le rhumatisme reparaît. Un jeune homme affecté depuis très long-temps de cette maladie eut pendant son séjour à l'hôpital une fièvre muqueuse, puis un érysipèle à la face; alors non-seulement la douleur ne se fit pas sentir, mais ce ne fut qu'environ quinze jours après leur terminaison que le rhumatisme reparut. Dans quelques autres circonstances, ces maladies ne se montrent qu'à l'époque où il touche à sa fin, il est alors presque impossible de décider si la cessation entière de cette affection est l'effet de la diminution graduée des symptômes ou des phénomènes survenus. Deux malades affectés de rhumatisme aigu léger n'éprouvaient plus d'autre douleur qu'une raideur incommode dans la marche. Ils furent pris, l'un d'une fièvre muqueuse, l'autre d'une diarrhée involontaire, jointe au météorisme du ventre et à quelques autres symptômes alarmans qui disparurent au bout de douze à quinze jours; quand les malades quittèrent le lit pour la première fois, toute raideur avait cessé dans les membres précédemment affectés. Je m'abstiens de parler ici des maladies qui jugent le rhumatisme; elles appartiennent à ses terminaisons.

Durée du Rhumatisme.

La *durée* du rhumatisme est très-variable dans les diverses espèces. Dans le rhumatisme aigu, elle s'étend rarement au-delà du deuxième ou troisième septénaire, quand il est intense, et du sixième, quand il est léger; cette dernière espèce est celle de toutes qui peut se terminer le plus promptement; c'est la seule qui ait été, dans quelques cas, terminée dès le quatrième jour.

Le rhumatisme aigu se termine assez souvent le quatorzième jour, surtout quand la marche de la maladie n'est troublée ni par les erreurs de régime, ni par un traitement actif: c'est ce qu'on peut appuyer sur un assez grand nombre d'observations rapportées par *Van-Swieten*, *Gilibert* et M. *Bayle* (Journal de Médecine, t. 5, p. 519). Le docteur *Haygarth* pense que cette espèce peut durer quatre-vingts jours; mais je crois que les exemples en sont infiniment rares: dans presque tous les cas où la maladie s'est prolongée au-delà du sixième septénaire, je l'ai vue offrir les caractères du rhumatisme chronique.

Cette dernière espèce ne dure guère moins de quarante jours, et peut se prolonger pendant toute la vie.

La durée du rhumatisme peut recevoir quelques modifications des parties qui en sont le siége. Ainsi le rhumatisme général ne se termine jamais avant la fin du deuxième septénaire. Le torticolis et la pleurodynie sont généralement ceux qui cessent le plus promptement, le lumbago est souvent un des plus opiniâtres. J'ai cherché à connaître quelle influence les âges et les saisons exercent sur la durée de la maladie. De quinze à trente, elle s'est terminée ordinairement avant le quarantième jour. De trente à quarante-cinq, plus communément après le quarantième jour, dans le rapport de deux à un. Après quarante cinq ans, j'ai observé la même chose, mais dans le rapport de quatre à un.

Les rhumatismes que j'ai vus ont été beaucoup moins longs dans le printemps que dans toute autre saison; pendant l'automne, un nombre à peu près égal s'est terminé avant et après le quarantième jour; beaucoup de ceux qui se sont manifestés pendant l'été, et presque tous ceux qui ont débuté pendant l'hiver se sont prolongés au-delà de ce terme.

Terminaisons du rhumatisme.

La solution de la maladie peut être insensible, c'est-à-dire n'être accompagnée d'aucune crise appréciable; et c'est ce qu'on observe le plus souvent. Dans ces cas, les symptômes de-

viennent de jour en jour moins intenses, la douleur, qui ne se faisait plus sentir que par intervalles éloignés, est remplacée par une sorte de malaise local dans le repos, et une raideur seulement incommode dans le mouvement; plus tard, cette raideur ne se fait sentir qu'après un repos prolongé. Enfin ce n'est plus qu'au réveil que le malade en a quelque ressentiment, bientôt elle disparaît tout-à-fait. La guérison peut encore être accompagnée de divers symptômes critiques: des sueurs universelles et copieuses, une urine floconneuse et sédimenteuse, sont, de toutes les évacuations, celles qui accompagnent le plus fréquemment le déclin et la cessation de la maladie. Rarement des sueurs partielles ont produit le même effet (Muller, *Eph. germ*). J'ai vu, au déclin d'un rhumatisme aigu, reparaître une sueur des pieds habituelle, dont la suppression avait eu lieu vers le début de la maladie. Dans des cas fort rares, un écoulement de sang (*Baillou*), ou d'une espèce de sérosité (*Glisson*) par la membrane muqueuse des fosses nasales; plus souvent une salivation abondante (*Commerc. litt. nor.* 1737; Mauduyt, *Mém. Soc. Méd.*, Clopton Havers, *de osteologiâ*); quelquefois des excrétions alvines (*Quarin*) ont paru être les symptômes critiques du rhumatisme. *Tissot* et *Hoffmann* ont aussi considéré comme tels une espèce de gale qui survient dans le voisinage des parties souffrantes; dans un cas que j'ai observé, une éruption de vésicules miliaires aux lèvres a semblé juger la maladie.

Dans l'épidémie de *Storcq*, elle se termina souvent par des vastes tumeurs qui se manifestaient aux genoux, aux hanches, aux épaules et aux régions inguinales; une de ces tumeurs placée entre les épaules contenait neuf livres de sérosité jaunâtre. Enfin *Hoffmann* a vu l'ouverture spontanée d'ulcères aux pieds coïncider avec la cessation des douleurs. Dans plusieres cas aussi une éruption d'aphthes dans la bouche et le reste du conduit digestif a été la crise du rhumatisme, comme on en voit une observation fort curieuse insérée par *Ranoë* dans les actes de la Société de Médecine de Copenhague. *Morton* en rapporte une autre dans laquelle il y eut à la fois éruption d'aphthes et salivation; ce fait particulier me conduit naturellement à une remarque générale : c'est que dans beaucoup de cas, il se montre à la fois plusieurs espèces d'évacuations critiques; celles qu'on observe le plus souvent sont des sueurs abondantes et des urines sédimenteuses. Dans les cas où le déclin de la maladie est accompagné de symptômes critiques bien prononcés, la cessation des douleurs est quelquefois subite, et presque toujours prompte; tandis que, dans le contraire, elle est plus ou moins lente et graduée.

Dans quelques circonstances, les symptômes critiques qui se manifestent ne font pas cesser la maladie, mais ils en diminuent seulement l'intensité : on voit après cette crise incomplète tantôt la maladie se terminer insensiblement (*Méd. clin. de M.* Pinel, p. 200, 206); tantôt être jugée par une crise secondaire : celle-ci a lieu soit par des évacuations ou éruptions semblables, soit par des phénomènes différens de ceux qu'a présentés la première. Chez un malade que j'ai observé, l'une et l'autre eurent lieu par des sueurs. *Tissot* a vu quelquefois la crise auxiliaire produire une éruption de vessies suivie d'ulcération.

La guérison n'est pas toujours complète, même lorsque des symtômes critiques se sont manifestés : souvent après que la douleur a disparu, on voit persister ou survenir la raideur, l'engourdissement, la contracture des muscles, et l'atrophie. Dans quelques cas même, les parties précédemment affectées restent privées du mouvement. D'autres fois on voit seulement des nodosités au contour des articulations, qui, chez quelques malades, offrent une véritable ankylose : on doit réunir à ces ankyloses des membres cette rigidité, ces courbures vicieuses que présente la colonne vertébrale à la suite du rhumatisme chronique qui a affecté cette région; mais souvent aussi il ne reste aucune gêne dans le mouvement, et quelquefois une simple faiblesse ou une raideur qui disparaissent peu à peu; aussi « un rhumatisme » qui a occupé les articulations des pieds n'a-» t-il pas toujours empêché de disputer et d'ob-» tenir le prix de la course dans les jeux olym-» piques. » (*Arétée.*)

Terminaison par d'autres maladies.

La mobilité extrême du rhumatisme semble présenter la raison d'un phénomène qu'il offre souvent, je veux parler de son alternative avec les affections des viscères. On a pu, dans un temps où les théories étaient en faveur, considérer comme rhumatismale l'inflammation de la plèvre ou du poumon, qui succède au rhumatisme, et semble cesser par son retour; mais aujourd'hui qu'on ne voit dans ces maladies que ce que les sens peuvent y distinguer, on ne les regarde plus que comme des affections diverses qui se remplacent mutuellement, sans toutefois négliger les indications curatives que présentent les symptômes commémoratifs.

Ponsard remarque que les affections qui succèdent à la disparition subite du rhumatisme ont ordinairement leur siége dans les parties les plus faibles : dans l'estomac, chez les grands mangeurs; dans les poumons, chez les individus faiblement constitués; dans le cerveau, chez ceux qui ont pris de l'opium. Je n'ai pas été à même de vérifier cette opinion; mais je ferai observer qu'un médicament qui trouble

la marche de la maladie ne détermine pas constamment l'affection des parties sur lesquelles il agit. Dans une observation de *Ranoë*, les poumons furent le siége des principaux accidens produits par une purgation intempestive. Le rhumatisme se juge fréquemment par diverses espèces de fièvres, de phlegmasies et de névroses. Je l'ai vu dans quatre cas cesser par l'apparition de la névralgie sciatique. *Storck* a vu plusieurs fois la pleurésie, j'ai vu moi-même la péricardite succéder à cette affection et causer la mort des malades. *Tissot* a vu des abcès, soit dans la partie affectée, soit dans les parties voisines, être la crise de cette affection. Un autre ordre de maladies qui se manifeste encore lors de la disparition du rhumatisme, est celui des hydropisies.

Un homme entra à l'hôpital avec des douleurs rhumatismales dans la cuisse gauche; elles cessèrent dans le même temps où le ventre commençait à être le siége d'un gonflement et d'une fluctuation manifeste. Une hydrocèle survenue dans une douleur ischiatique (*Stoll*) parut la modérer. Enfin l'hydropisie d'une articulation succède, dans quelques cas, au rhumatisme qui en occupe le contour. (M. Gasc. *Mém. Soc. Méd. d'én. v.*)

Terminaison par la mort.

Il est bien rare que cette affection conduise les malades à la mort; cependant cela peut avoir lieu dans le rhumatisme chronique. Les malades, privés presque complètement de la faculté de se mouvoir, sont forcés de garder le lit; la faiblessse augmente, et les dispose à être atteints de fièvre adynamique, surtout s'ils restent pendant long-temps dans un hôpital. Dans d'autres cas, l'impossibilité de changer de position détermine la formation d'eschares au sacrum et aux trochanters; la fièvre hectique se manifeste, et hâte la fin des malades. Tels sont les phénomènes qu'ont présentés trois individus que j'ai vus succomber à des rhumatismes chroniques.

Il me reste maintenant à examiner quelques observations de rhumatisme musculaire terminé par suppuration. Un homme admis à l'Hôtel-Dieu pour un hydrothorax y mourut trois jours après: il avait présenté quelques symptômes de rhumatisme à la cuisse; l'observation n'en avait pas été recueillie. A l'ouverture du corps, on trouva des foyers purulens entre plusieurs muscles, depuis l'aine *jusqu'au genou;* l'intérieur de l'articulation contenait aussi beaucoup de pus moins épais; il y avait communication entre la cavité articulaire et les abcès de la cuisse. N'est-il pas naturel de penser que leur formation a été successive, et que le premier abcès a été formé plutôt dans la capsule synoviale, où de semblables désordres ont été souvent observés, que dans le tissu même des muscles, qui jamais ne les ont offerts?

Un homme de trente-quatre ans meurt le trente et unième jour d'une maladie aiguë, pendant laquelle il s'était plaint de douleurs vives dans les membres; des phlegmons s'étaient même manifestés à la cuisse. A l'ouverture du corps, le poumon droit était adhérent et *tuberculeux;* le muscle deltoïde, plus compacte qu'à l'ordinaire, contenait des *tubercules* en suppuration interposés entre ses fibres. On trouva beaucoup de pus dans le corps des radiaux, à l'avant-bras, et des *demi-tendineux* à la cuisse. On ne peut s'empêcher d'abord de remarquer une certaine analogie entre les phlegmons superficiels et les abcès formés profondément dans l'intervalle des muscles pendant le cours d'une même affection. Mais ce qui étonne le plus, c'est la présence des tubercules dans le poumon, après trente jours seulement de maladie, et surtout dans le muscle deltoïde, sans que l'auteur lui-même en ait témoigné la moindre surprise.

Quant à cette exsudation gélatineuse rencontrée à la superficie des muscles par *Drélincourt* de Leyde, chez une personne morte de rhumatisme, je ne répéterai pas ce que j'en ai dit au commencement de cette dissertation; j'ajouterai seulement que les deux observations que *Clopton Havers* a réunies à cette dernière, comme lui étant analogues, n'ont avec elle aucune espèce de ressemblance, et qu'elles sont l'une et l'autre absolument insignifiantes.

Je ne prétends pas néanmoins que le rhumatisme ne soit pas susceptible de se terminer par suppuration; mais j'ai voulu seulement prouver que cette terminaison n'est encore établie sur aucun fait certain. Il en est de même de la terminaison par la gangrène.

Du retour de la maladie.

On a remarqué depuis long-temps que les parties qui ont été une fois affectées du rhumatisme, en sont par la suite fréquemment atteintes par les causes les plus légères, et même sans cause apparente. Je crois que cette proposition doit s'étendre à toute l'économie, qui, après une attaque de rhumatisme partiel, paraît avoir contracté une disposition à cette maladie, qui, la seconde fois qu'elle se manifeste, occupe souvent des organes qui n'en avaient pas été attaqués, tandis que ceux où d'abord elle s'était montrée en sont exempts.

Il est à peine nécessaire de dire que ceux qui sont convalescens du rhumatisme sont doublement disposés à en être frappés de nouveau par les moindres causes occasionelles.

Quelques exemples prouvent que le rhumatisme peut ne se montrer qu'une fois dans le cours de la vie (*Chesneau, Van-Swieten*); ils for-

ment exception à une règle qu'on peut encore appeler générale.

L'intervalle qui sépare les attaques peut varier depuis quelques septénaires jusqu'à plusieurs années. J'ai vu un malade atteint pour la seconde fois de rhumatisme, vingt-deux ans après la première attaque. Chez d'autres, l'intervalle n'a été que de dix ans ou de cinq ans; chez d'autres enfin la maladie s'est répétée plusieurs fois dans chaque année, dans chaque saison, dans chaque mois. On observe souvent que les paroxysmes se rapprochent à mesure que la maladie devient plus ancienne; séparés d'abord par des intervalles d'une ou plusieurs années, ils finissent par revenir après des espaces de temps progressivement plus courts. Quelquefois les accès reviennent d'une manière périodique. J'ai vu un homme affecté pour la troisième fois de rhumatisme, chez lequel un intervalle de quatre ans s'était écoulé entre le premier et le second, entre le second et le troisième accès. Chez un autre malade, l'affection s'est répétée tous les ans au printemps; dans l'été, chez un autre. *Barthez* l'a vue reparaître deux fois chaque année aux solstices d'hiver et d'été.

J'ai cherché à savoir quelles saisons paraissaient favoriser le retour du rhumatisme : voici les résultats que j'ai obtenus. Sur trente-quatre récidives, les deux tiers ont eu lieu dans l'automne et l'hiver, un petit nombre dans l'été, et beaucoup moins encore dans le printemps.

Il arrive assez fréquemment que le retour de la maladie est précédé de symptômes qui peuvent en faire soupçonner la prochaine apparition. La partie qu'il a occupée s'engourdit, le malade est inquiet, agité, et son sommeil est interrompu sans qu'il en connaisse la cause (*Ponsard*). Ces symptômes varient dans les divers malades; mais communément ils sont les mêmes dans les attaques qui surviennent à la même personne, et après quelques rechutes, les malades reconnaissent facilement qu'ils sont menacés d'une invasion prochaine.

Quelques auteurs ont remarqué que les attaques subséquentes n'étaient pas aussi intenses que la première. Il m'a paru qu'il n'y avait rien de bien constant à ce sujet. Je ne reviendrai pas ici sur les complications; j'ai indiqué ailleurs ce qu'elles m'ont paru offrir d'intéressant. On a vu le rhumatisme coexister avec un très-grand nombre de maladies; il paraît de nature à se présenter avec toutes.

Diagnostic.

La goutte et le rhumatisme, long-temps considérés comme une seule maladie, sont souvent bien difficiles à distinguer. Les auteurs ont indiqué un très-grand nombre de caractères, dans le but d'y parvenir; mais comme, dans presque tous les cas qui se présentent, on trouve à la fois quelques-uns des symptômes attribués à la goutte et propres au rhumatisme, il en résulte que ce qui a été fait pour en éclairer le diagnostic ne sert qu'à l'obscurcir. Il serait donc à désirer qu'on substituât à ces longues énumérations un seul signe, le trouble des fonctions digestives, par exemple, ou le siége primitif des petites articulations, qui séparerait constamment la goutte du rhumatisme. J'ai cru devoir écarter du nombre des observations de rhumatisme que j'ai recueillies, toutes celles dans lesquelles l'un ou l'autre de ces deux symptômes se présentait; j'ai préféré ne pas user de quelques faits qui auraient pu être ajoutés aux autres, dans la crainte d'y joindre quelque maladie différente. La présence d'un seul de ces deux symptômes doit suffire pour isoler la goutte du rhumatisme, à moins de s'éloigner entièrement des descriptions données par les auteurs. Dans les cas où la distinction paraît obscure, il est utile, comme le recommande *Leidenfrost*, de remonter au début de la maladie, qui reste généralement la même, quoiqu'elle change de forme dans les attaques subséquentes; mais, au début, des différences nombreuses s'observent entre l'une et l'autre affection.

La goutte occupe toujours les petites articulations, ordinairement celle du gros orteil. Le rhumatisme se montre dans les grandes articulations, et les espaces inter-articulaires; l'une attaque communément dans l'âge mûr, l'autre dans la jeunesse. La première survient ordinairement sans cause connue, le second est produit en général par une cause externe évidente. La première attaque de goutte ne dure quelquefois que vingt-quatre heures, le rhumatisme jamais moins de quatre jours. Enfin on observe souvent dans les retours de la goutte une marche périodique qu'on ne rencontre que bien rarement dans le rhumatisme; et celui-ci ne détermine presque jamais dans les fonctions des viscères le trouble qu'on observe si souvent dans la goutte.

Les douleurs syphilitiques peuvent quelquefois simuler le rhumatisme: on les en distingue, en ce que, 1° elles se font sentir presque exclusivement la nuit; 2° elles augmentent peu par la pression et le mouvement; jamais ce dernier n'est complètement empêché; 3° elles succèdent à des maladies vénériennes ordinairement mal traitées, et sont souvent accompagnées d'exostoses et d'autres symptômes. Dans quelques cas néanmoins, le diagnostic devient fort difficile. *Stoll* a vu, chez une jeune fille affectée de rhumatisme vague, une tumeur se montrer et disparaître peu à peu dans la région inguinale; ce symptôme, joint à l'opiniâtreté de la maladie et aux paroxysmes nocturnes, fit croire à la nature syphilitique du mal; il employa les mercuriaux, mais il n'en obtint

aucun succès, et reconnut enfin que la maladie était purement rhumatismale.

Le scorbut a quelquefois débuté par des douleurs dans les muscles et dans les articulations. *Eugalenus*, qui a le premier signalé cette ressemblance entre le scorbut et le rhumatisme, a remarqué que la mobilité extrême de ces douleurs scorbutiques pouvait faire soupçonner la nature de la maladie avant que d'autres symptômes s'y soient ajoutés.

Les douleurs nerveuses ou névralgies peuvent quelquefois en imposer pour un rhumatisme. Mais 1° la douleur nerveuse occupe tantôt un seul point, comme le clou hystérique; tantôt une seule ligne dans le trajet connu du nerf. Elle ne se propage dans les parties voisines que par irradiation, tandis que la douleur rhumatismale occupe toujours une certaine étendue en largeur. 2° La douleur nerveuse augmente spontanément, est fréquemment accompagnée de mouvemens spasmodiques qui souvent dégénèrent en habitude vicieuse; le rhumatisme, au contraire, est exaspéré par des causes extérieures, telles que la pression et le mouvement: en général, la névralgie est fixe, et le rhumatisme se porte d'un lieu dans un autre.

Les affections vermineuses produisent quelquefois, surtout chez les enfans, des douleurs si violentes et si générales, qu'on ne peut les toucher dans aucun endroit sans leur faire pousser des cris violens (*Tissot*). Elles se dissipent aussitôt qu'ils ont rendu des vers. Un jeune homme de dix-sept ans entré à l'hôpital de la Charité, éprouvait des douleurs très-vives dans les mollets et les genoux, avec quelques symptômes gastriques: un vomitif fit rejeter deux ascarides lombricoïdes, et les douleurs disparurent.

Les ouvriers qui travaillent le plomb éprouvent quelquefois des douleurs qui ressemblent beaucoup à celles du rhumatisme aigu (*Desbois de Rochefort*). Elles résistent au traitement du rhumatisme, et cèdent aux purgatifs drastiques.

Enfin je ne fais qu'indiquer ici les douleurs symptômatiques qui accompagnent les fièvres bilieuses ou muqueuses, l'embarras intestinal, celles qui précèdent l'écoulement hémorrhoïdal ou mémorrhagique, les vomissemens abondans de bile (*Hipp.*), celles qui se font sentir dans les affections cancéreuses ou inflammatoires du foie, celles qui accompagnent les maladies organiques des articulations et de la colonne vertébrale.

Plusieurs variétés du rhumatisme peuvent aussi en imposer pour quelques maladies particulières aux organes voisins; je vais en indiquer quelques-unes.

La pleurodynie peut simuler la pleurésie, mais communément elle n'est accompagnée ni de toux ni de fièvre; elle augmente par les mouvemens du tronc, quelquefois par ceux du bras, toujours par une pression très-légère. Plusieurs de ces symptômes, et l'exercice régulier des fonctions digestives servent à distinguer le rhumatisme des parois abdominales de l'affection des viscères qui y sont contenus. Le lumbago a quelquefois été pris pour la colique néphrétique: il en diffère communément en ce qu'il n'est pas accompagné de vomissemens ni de trouble dans la sécrétion de l'urine, et que la douleur se fait sentir presque simultanément depuis les lombes jusque dans la vessie; au lieu que dans la colique néphrétique, ce n'est que successivement qu'elle s'étend vers cet organe. De plus, les mouvemens de la cuisse exaspèrent cette espèce de lumbago, et n'ont aucune influence sur les affections des reins.

Prognostic.

Le prognostic du rhumatisme est fort difficile à porter. En général, la vie du malade n'est pas en danger; cependant la susceptibilité que paraissent présenter les rhumatisans à contracter d'autres maladies graves, doit rendre le médecin très-circonspect dans le jugement qu'il prononce. Quand la marche de la maladie est aiguë, il peut faire espérer un rétablissement assez prompt; quand elle est chronique, il doit tout au plus promettre du soulagement. Dans l'un et l'autre cas, il ne doit pas laisser ignorer aux malades la fréquence des récidives et la presque impossibilité de s'y soustraire. Un sommeil doux, des urines troubles et sédimenteuses, la moiteur de la peau, une légère diarrhée avec soulagement, peuvent faire prévoir la fin prochaine de la maladie. La cessation subite des douleurs sans aucun symptôme critique, doit faire craindre les accidens les plus graves (*Ponsard*).

Lésions observées à l'ouverture des corps.

Quelques médecins ont eu occasion d'ouvrir des individus morts pendant le cours d'un rhumatisme aigu; les uns n'ont rencontré dans le tissu cellulaire aucune trace de la tuméfaction qu'il offrait pendant la vie; les autres l'ont trouvé infiltré d'une sérosité jaunâtre et visqueuse; les uns et les autres n'ont observé aucune espèce de lésion dans les parties qui paraissent être le siége de la maladie.

Ce n'est que dans les rhumatismes qu'on a observé des lésions apparentes dans les muscles: la plus fréquente de toutes est le desséchement, l'aridité de ces organes qui ressemblaient à des tendons. *Lieutaud* et *Desault* en ont vu des exemples; j'en ai moi-même rencontré un semblable dans les muscles fléchisseurs de la jambe, chez une femme morte à l'hospice de la Salpêtrière, et affectée d'un rhumatisme chronique avec contracture.

Une autre espèce de lésion qu'ont observée *Baillou, Plater* et *Baglivi* est une sorte d'infiltration de sang dans les intervalles des fibres des muscles lombaires. *Morgagni* a trouvé dans les mêmes muscles une couleur brune, chez un jeune homme affecté de rhumatisme chronique. Doit-on considérer cette lésion comme l'effet du rhumatisme ? ou voir, dans les symptômes qu'ont éprouvés les malades, l'effet d'une lésion de structure qui se rapproche un peu de celles qu'on observe dans le scorbut ? C'est ce que je ne me permettrai pas de décider avant que des faits plus nombreux aient été rassemblés.

J'ai eu occasion d'ouvrir six individus morts avec des sympômes de rhumatisme chronique. Chez trois d'entre eux, je n'ai trouvé aucune espèce d'altération dans les articulations ni dans les muscles ; les trois autres ont présenté des lésious qui offrent ensemble assez d'analogie pour qu'on puisse être porté à les considérer comme assez fréquentes dans le rhumatisme chronique :

1° Chez tous j'ai trouvé des ulcérations superficielles des cartilages qui revêtent les surfaces articulaires.

2° Chez deux seulement la substance cartilagineuse était remplacée dans quelques points par un tissu cellulaire rougeâtre, vasculeux, facile à enlever, et présentant l'os à nu au-dessous. On trouve dans *Morgagni* un fait analogue ; et M. *Latour* en cite un autre dans sa Dissertation.

3° Chez l'un et l'autre le tissu cellulaire extérieur à la membrane synoviale offrait une couleur rouge ou livide, comme si du sang y eût été épanché, et surtout au-dessus des ligamens inter-articulaires de la hanche et du genou. Ces lésions se sont rencontrées dans toutes les articulations qui avaient été affectées.

4° Chez un seul, j'ai trouvé une espèce d'altération dont je ne crois pas qu'aucun encore ait surtout parlé. Elle s'est présentée à l'humérus, au fémur, au tibia, au péroné ; elle occupait la partie de l'os qui n'est pas recouverte de cartilage, et sur laquelle la capsule synoviale se prolonge avant de se réfléchir. Cette membrane paraissait soulevée dans ces parties, présentait un certain nombre de trous de grandeur variée, mais exactement circulaires, comme s'ils eussent été faits avec un emporte-pièce ; quelques-uns offraient un diamètre de deux lignes ; d'autres n'en avaient que la moitié ou le quart ; au-dessous de la synoviale soulevée, on voyait à nu le tissu celluleux de l'os ; le tissu compacte avait disparu, sans que néanmoins le tissu celluleux fût mou, facile à rompre et à se laisser traverser par un stylet mousse, comme on l'observe dans la carie. Dans une seule articulation, celle du péroné avec le pied, le tissu parut sensiblement ramolli ; ces lésions étaient plus prononcées sur le col de l'humérus que partout ailleurs : toutes les articulations où cette altération de structure s'est présentée contenaient du sang ou une sérosité sanguinolente.

Je ne tirerai de ce petit nombre de faits aucune espèce de conclusion ; je ferai seulement remarquer que, si ces lésions sont réellement l'effet du rhumatisme, il est très-probable au moins qu'elles n'en sont pas l'effet immédiat.

Nature du Rhumatisme.

La plus grande obscurité règne encore sur la nature du rhumatisme ; la marche actuelle de la science ne permet plus de rechercher si un fluide gazeux, un liquide âcre, ou quelque autre agent aussi chimérique produit cette maladie ; et comme nous ne pouvons apprécier l'espèce de lésion qui la constitue, nous sommes forcés, pour approcher du but que nous ne pouvons encore atteindre, de comparer les symptômes du rhumatisme avec ceux de quelques autres affections, afin de déduire de l'analogie des phénomènes celle de la nature même des affections. Joindra-t-on le rhumatisme aux maladies nerveuses, qui ne sont pas moins obscures que lui dans leur essence ? Il offre avec elles beaucoup d'analogie par sa tendance à des retours réguliers et irréguliers, par l'absence de toute espèce de lésion organique dans les parties qu'il affecte ; mais la mobilité extrême de la maladie, les symptômes d'inflammation qui souvent l'accompagnent, la marche fréquemment aiguë, les crises qu'on observe dans quelques cas, sont autant de différences qui s'opposent à la réunion du rhumatisme avec les névroses. Doit-on le classer parmi les phlegmasies ? Il se montre fréquemment avec des phénomènes évidemment inflammatoires ; mais ce n'est pas dans les parties affectées de rhumatisme que ces phénomènes ont leur siége ; de plus, les inflammations n'offrent en général ni la mobilité, ni la tendance à la récidive que présente cette maladie. *Stahl*, considérant l'analogie extrême qui existe entre les douleurs rhumatismales et celles qui précèdent les hémorrhagies, avait cru devoir considérer le rhumatisme comme un effort hémorrhagique universel qui n'est encore dirigé spécialement vers aucune partie. Sans attaquer ici cette théorie, je saisirai seulement l'occasion de faire remarquer que, dans l'état actuel de nos connaissances, le rhumatisme ne pouvait être mieux placé qu'à la fin de la classe des phlegmasies, avec lesquelles il a plus d'analogie qu'avec aucune autre affection, et immédiatement avant celle des hémorrhagies, avec laquelle il a aussi des connexions intimes, et notamment par ses fréquens retours et sa mobilité.

Traitement.

En jetant un coup d'œil rapide sur la multitude de remèdes proposés et vantés dans le traitement du rhumatisme, et surtout en considérant combien les propriétés de ces médicamens diffèrent entre elles, il semble qu'on ne peut admettre que les uns ont été utiles, sans admettre en même temps que les autres ont été nuisibles. Cette triste réflexion conduirait sans doute à n'employer aucun traitement, ce qui vaudrait infiniment mieux que d'appliquer indistinctement quelqu'un de ces remèdes; car, comme l'observe *Baillou, ægro sufficit sua ex morbo calamitas, nec ad eam nova calamitatis accessio ex ignoratione medici fieri debet; ignorantia quippè medici ægro ipsi alter est morbus.* Mais cette opposition entre les propriétés des médicamens est plutôt apparente que réelle, et il n'en est peut-être pas qu'un médecin sage ne puisse employer à propos dans la cure de cette maladie. On doit seulement blâmer ici l'enthousiasme avec lequel les uns ont préconisé tel ou tel remède, et la confiance aveugle avec laquelle les autres ont accueilli et appliqué à tous les cas, ce qui ne convenait que dans quelques circonstances.

Le traitement du rhumatisme aigu diffère essentiellement de celui qui convient au rhumatisme chronique. Dans le premier, comme nous l'avons vu, la maladie, abandonnée à elle-même, marche sensiblement vers la guérison. Dans le second, au contraire, elle demeure stationnaire ou même elle s'aggrave. On voit par-là qu'en général, dans l'un, il suffit d'éloigner tout ce qui pourrait troubler la série des symptômes qui conduisent vers une terminaison heureuse; tandis que dans l'autre, il est nécessaire de déranger par un traitement actif la marche vicieuse de la maladie. Dans le rhumatisme aigu léger, le repos, une température moyenne, l'usage de boissons rafraîchissantes, quelquefois l'application des sangsues, sont les seuls moyens qui doivent être communément employés. Dans l'espèce aiguë intense, la même méthode pourrait encore être suffisante, mais quelquefois il sera utile de recourir à la saignée générale, qui peut diminuer la violence des symptômes ou en abréger la durée. Dans l'une et l'autre espèce, on devra observer exactement la marche de la maladie, et saisir tout ce qui pourrait indiquer la tendance de la nature vers telle évacuation critique; c'est alors que de légers diaphorétiques, des laxatifs, des diurétiques, associés aux moyens généraux qui favorisent leur action, pourront coopérer à la guérison de la maladie, en concourant, soit au développement des phénomènes salutaires dont on n'aperçoit que les préludes, soit à l'accomplissement d'une crise encore incomplète. Dans le rhumatisme chronique, au contraire, le traitement le plus actif devient nécessaire; les frictions, les linimens camphré et ammoniacal; la teinture de cantharides, les vésicatoires, les rubéfians, les ventouses scarifiées, les cautères, l'application de la chaleur sèche ou humide; les vapeurs et les bains aromatiques; les eaux thermales et sulfureuses, les douches, secondées de l'usage intérieur des boissons sudorifiques et stimulantes; les teintures résineuses, les préparations antimoniales, etc., peuvent être employées sans inconvénient dans le rhumatisme chronique; elles diminuent en général les douleurs, et quelquefois même les suspendent tout-à-fait.

Il est à peine nécessaire de dire que les changemens qui surviennent dans la marche de la maladie nécessitent des changemens analogues au traitement, soit que l'affection passe de l'état aigu à l'état chronique, soit que le contraire se présente.

Je vais examiner le plus succinctement possible les divers moyens proposés dans l'une et l'autre espèce de rhumatisme.

Les *saignées générales* ont été très anciennement employées dans le traitement de cette affection; dans quelques cas, des hémorrhagies accidentelles ont fait cesser des douleurs opiniâtres. *Galien* a vu disparaître, à la suite de la blessure d'une artère de la jambe, une douleur de la hanche qui persistait depuis quatre années. *Monro* a observé un effet semblable à la suite de la saignée du bras. De telles observations ont sans doute conduit les médecins à multiplier les saignées; on a même, dans un mémoire anonyme, proposé de tirer vingt livres de sang en trente-six heures. Il suffit de dire que cette méthode était la même, indépendamment de l'âge et des forces des malades, de la période et de l'intensité de la maladie, pour en montrer tous les dangers : elle est tombée d'ailleurs dans un tel discrédit, qu'elle n'est aujourd'hui employée par personne.

Les saignées générales, employées avec plus de modération par des médecins célèbres ne sont pas néanmoins sans inconvéniens. Quel témoignage pourrait sur ce point inspirer autant de confiance que celui de *Sydenham?* Doué d'une sagacité profonde, d'un esprit observateur bien rare à l'époque où il écrivait, presque étranger aux théories scolastiques, dont ses contemporains ont obscurci leurs ouvrages; *Sydenham,* persuadé que le rhumatisme était une affection inflammatoire, avait, pendant les douze prémières années de sa pratique à Londres, employé et conseillé dans le traitement de cette maladie les saignées répétées, dont il avait cru d'abord observer de bons effets; fallut-il moins que des observations multipliées pour lui faire abandonner l'opinion qu'il avait adoptée et publiquement professée? Non seulement, dit cet auteur dans sa lettre à *Ro-*

bert Brady, ces saignées portent atteinte aux forces du malade pour un certain temps, mais encore elles le rendent, pendant plusieurs années, très-susceptible de contracter d'autres maladies, pour peu qu'il soit d'une constitution faible..... Voilà ce qui m'a porté à chercher une autre méthode dans le traitement de cette affection.....

Sydenham, après avoir trop recommandé la saignée, ne tomba pas néanmoins dans l'excès opposé; mais il la conseilla seulement chez les individus pléthoriques, adonnés au vin, dans la force de l'âge, etc.

Stoll a aussi remarqué que les saignées répétées diminuaient plutôt les forces du malade que l'intensité de la maladie. *Rouppe* a observé que, pratiquées chez des marins faiblement constitués, elle favorisait en eux le développement du scorbut. *Cullen* en a restreint l'usage au seul cas de rhumatisme inflammatoire général. Le docteur *Giannini* les a entièrement proscrites comme n'étant jamais nécessaires, puisque jamais il ne peut résulter d'effets funestes de leur omission. Je ne crois pas qu'on doive banir la saignée du traitement du rhumatisme; elle n'est pas indispensable, il est vrai, mais elle peut être utile; et je pense qu'on doit en user avec modération dans les cas de rhumatisme aigu, très-intense, et quand l'individu est fort et replet. Quelques malades en ont éprouvé un soulagement, je dirai même une guérison presque instantanée; on doit y recourir de suite, quand ils sont de nouveau affectés de cette maladie.

Les *saignées locales* diminuent presque constamment l'intensité des douleurs dans le lieu où on les fait. Tous les malades chez lesquels je les ai vu employer ont éprouvé un soulagement prompt et sensible; elles ont, dans la pleurodynie, le torticolis, une efficacité très-marquée. En considérant le rhumatisme vague comme une série d'affections partielles, je suis porté à croire qu'en diminuant l'intensité de chacune de ces affections par les saignées locales, on rendrait la maladie plus courte et plus légère: telle était la méthode employée par *Pringle*; il faisait appliquer des sangsues, ordinairement au nombre de quatre ou cinq, sur la partie malade, et répéter ce moyen pendant trois à quatre jours de suite; puis il les employait à des intervalles progressivement plus longs, et diminuait de même le nombre des sangsues. Les ventouses scarifiées, étant excitantes en même temps qu'elles procurent une évacuation sanguine, ne peuvent convenir que dans le rhumatisme chronique. J'en ai deux fois observé de bons effets.

Les *boissons adoucissantes* et *rafraîchissantes*, les infusions mucilagineuses, les acides végétaux, le petit-lait, seront très convenables dans tous les cas de rhumatisme aigu; et quand la maladie n'est pas très-intense, on doit borner le traitement à leur usage; elles ont, comme l'observe *Sydenham*, tous les avantages des saignées répétées, sans présenter aucun de leurs inconvéniens. *Si quis hunc methodum*, ajoute cet auteur, *tanquàm rudiorem et artis laude carentem, contempserit; sciat is velim, primò leviora tantùm ingenia res quaslibet vilipendere, quòd simplices fuerint et apertæ; nisi obstárint præjudicia vulgi, nulliùs dubitarem methodum jam dictam aliis etiam morbis accommodare, quod sanè magis ægris prodesset, quàm solemnior illa remediorum pompa quæ in jam moribundis, tanquàm bestiis, ut mox immolentur coronatis malè colocatur.*

Sudorifiques. Les décoctions sudorifiques de gayac, de sassafras, de polygala, de salsepareille, de squine, l'infusion de sassafras, de fleurs d'arnica, conviennent dans le rhumatisme chronique; on les donne seules, ou unies à l'alcali volatil ou à quelque sel sudorifique et stimulant, tels que l'acétate ou le muriate d'ammoniaque; d'autres fois on joint les aromatiques aux artiscorbutiques, en raison d'une disposition individuelle (*Sydenham*). Certaines résines, la gomme ammoniaque (*Barthez*), la résine de gayac (*Pringle*), ont encore été conseillées dans le même but, et surtout la teinture volatile de gayac (*Fowler*), qui paraît avoir eu des succès plus constans que les autres; le rob de sureau était communément employé par *Quarin*, à la dose de trois à quatre onces: il a non seulement l'avantage d'exciter les sueurs, mais en même temps il augmente la sécrétion de l'urine et sollicite les selles, ce qui est fort utile dans une maladie accompagnée presque toujours de constipation; l'huile de térébenthine simple (*Cheyne*), ou bien unie à l'éther sulfurique (*Durande*), a encore été préconisée, ainsi que la poudre de *Dover*, le camphre, les préparations antimoniales (*Huxham, Giannini*).

Les *laxatifs* sont souvent indiqués, dans le cours du rhumatisme aigu ou chronique, par la constipation presque habituelle dans cette maladie; ils peuvent seuls être employés dans le rhumatisme aigu, où les purgatifs violens seraient très-dangereux. On emploie généralement les tamarins, les sucs exprimés des pétales de la rose, quelquefois la manne; il est prudent de ne les donner qu'à petites doses souvent répétées, comme le recommande *Alexandre de Tralles*. Les *purgatifs*, proprement dits, ne conviennent que dans le rhumatisme chronique; on les administre non-seulement dans le but de combattre la constipation, mais encore comme dérivatifs: c'est ainsi qu'on prescrit les purgatifs résineux, l'électuaire de scammonée (*Mead*), l'électuaire cariocostin (*Tudesq.*), la teinture de coloquinte (*Dehlberg*), le jalap, la poudre cornachine (*Cesneau*); ces

médicamens ont quelquefois procuré une guérison instantanée; mais ils ont dans quelques cas produit des accidens si graves, qu'on ne doit en user qu'avec les plus grandes précautions. Quant aux *vomitifs* ils ne conviennent que dans les cas de complication bilieuse; on doit alors faire usage des délayans pendant quelques jours, afin de n'être pas obligé de revenir plusieurs fois à l'émétique; *Stoll* n'a-t-il pas été guidé par sa prévention extrême en faveur des vomitifs plutôt que par des indications tirées des symptômes, quand il a, dans un rhumatisme aigu, administré cinq émétiques en douze jours? Quant aux émétiques répétés (*Morton*), considérés comme moyens curatifs du rhumatisme, ils sont entièrement abandonnés.

Il suffit de dire que les *narcotiques* ont été vantés par quelques médecins et proscrits par d'autres, pour porter à croire qu'ils ont été utiles et nuisibles dans les traitemens de cette maladie, suivant les circonstances dans lesquelles on les a administrés; ils nuisent presque constamment dans le rhumatisme aigu avec fièvre. *Mertens* a remarqué dans l'épidémie de 1782, que, donnés le soir aux malades, ils leur causaient une stupeur tellement désagréable par le sentiment obscur de douleur qui l'accompagnait, qu'ils préféraient éprouver des douleurs aiguës et refusaient d'en user de nouveau. *Quarin* a vu leur emploi précoce, vers le déclin de la fièvre, être suivi d'une telle exaspération des symptômes, qu'il devenait nécessaire de recourir à la saignée. *Van-Swieten* en a également éprouvé de mauvais effets; *Storcq* a observé que les narcotiques produisaient de l'inquiétude, des insomnies avec anxiété, des réveils en sursaut, une grande lassitude après un sommeil forcé, du trouble dans les fonctions intellectuelles, une sorte d'assoupissement, avec un pouls vif, inégal et contracté; ils conviennent si peu, dit *Tissot*, « que le sommeil même, qui vient naturellement dans le commencement de cette maladie, est souvent à charge aux malades; ils ont, au moment où ils vont s'endormir, des mouvemens convulsifs, ou s'ils dorment quelques instans, les douleurs sont plus fortes au réveil; » plusieurs ont encore l'inconvénient d'augmenter la constipation. Les narcotiques ne sauraient donc généralement être employés; dans quels cas faudra-t-il y recourir? La perte absolue du sommeil produit quelquefois un affaiblissement fâcheux auquel il est nécessaire de remédier; on devra alors donner un léger parégorique au moment même de la rémission; il procure un sommeil tranquille qui répare les forces, rend les malades plus capables de supporter l'exaspération du soir. Mais c'est surtout dans les cas où il survient des mouvemens spasmodiques et des convulsions produits par l'intensité des douleurs qu'il est indispensable de recourir aux narcotiques, même à dose assez forte (*Storcq*, *Quarin*). Dans les rhumatismes chroniques, on peut, sans inconvénient, prescrire ces remèdes toutes les fois qu'il y a douleur très-vive ou insomnie. Les préparations d'opium sont plus généralement employées que les autres narcotiques; cependant l'extrait de jusquiame, en même temps laxatif et calmant, semblerait devoir mériter la préférence. On l'emploie presque seul dans ces cas, à l'hôpital de la Charité, à la dose de 1 à 4 grains. *Sauvages* a porte à 10 grains celle de l'extrait de jusquiame blanche. La belladone (*Munch*), la clématite vulgaire (*Mueller*), le *rhododendron chrysantum* (*Kolpin*), l'extrait d'aconit et de ciguë (*Storcq*), ont été aussi conseillés dans les rhumatismes chroniques.

Quant à l'usage externe des narcotiques, on doit le borner aux cas où il serait permis d'en user à l'intérieur.

Quinquina. Morton a le premier conseillé le qninquina dans le traitement du rhumatisme dont la marche est intermittente. *Fothergill*, se fondant sur quelques analogies entre cette maladie et les fièvres d'accès, et plus encore sur le peu de soulagement qu'il avait lui-même retiré des saignées dans une fièvre rhumatismale dont il fut atteint, entreprit de traiter tous les rhumatismes par le quinquina, et en obtint des effets si heureux, que dans la suite il ne cessa de le recommander et de l'employer.

Dans ces derniers temps, le docteur *Haygarth* a remis en vogue la méthode de *Fothergill*. Il administre le quinquina, dans le rhumatisme aigu, à petites doses, 10 à 30 grains, plusieurs fois répétées chaque jour. Ordinairement il commence le traitement par un vomitif; il interrompt d'ailleurs l'emploi du quinquina, si les malades n'en éprouvent pas un soulagement prompt, et le reprend quelques jours après. Il me semble qu'il serait préférable de ne l'employer que dans les cas où les paroxysmes reviennent chaque jour à la même heure et sont précédés de frissons, et de l'administrer alors à plus haute dose. Tel était l'avis de quelques médecins célèbres, *Storcq*, *Cullen*, *Van-Swieten*. Je crois aussi qu'on doit s'en abstenir dans tous les cas de rhumatisme aigu où la maladie marche d'elle-même vers la guérison; il est d'ailleurs fort difficile alors d'en apprécier l'effet: aussi ne peut-on tirer des observations rapportées par le docteur *Haygarth* aucune conséquence rigoureuse. Je terminerai ce qui me reste à dire sur l'emploi du quinquina par une réflexion qui s'est présentée à moi en comparant les faits recueillis par *Morton*. On voit, dans trois de ces observations, la fièvre et les douleurs disparaître simultanément après l'administration du quinquina: dans la quatrième, au contraire, la fièvre intermittente cesser de suite, et le rhumatisme persister et diminuer

peu à peu. Dans les premières, il y avait seulement douleur ; et de plus, dans la dernière, gonflement, chaleur et rougeur. Je pense que dans les unes les douleurs n'était que symptomatiques, tandis que dans l'autre seulement il y avait réellement complication d'une fièvre périodique et d'un rhumatisme. Le traitement peut, dans des cas semblables, fournir un moyen certain de reconnaître le genre de la maladie.

Mercure. Les frictions mercurielles ont été aussi conseillées dans le traitement du rhumatisme chronique. On trouve, dans le Journal de Médecine, t. 88, un certain nombre d'observations réunies, dans le but d'établir leur efficacité. On lit aussi, dans le Recueil périodique de Littérature médicale étrangère, que dans les hôpitaux de Londres les frictions mercurielles sont employées contre toute espèce de rhumatisme chronique, jusqu'à produire la salivation : *James* et *Cirillo* paraissent aussi en avoir obtenu des effets très-marqués. Mais la maladie n'avait-elle pas une origine vénérienne dans les cas où le mercure a réussi ? Quelques observations (Bang, *Act. Soc. Méd. Haun.*) doivent rendre fort circonspect dans l'emploi de ce médicament.

L'*électricité* a été employée chez un assez grand nombre de rhumatisans par Mauduyt (*Mém. Soc. r. de Méd.*), Poma et Renaut (*Journ. de Méd.*, t. 72). Ce moyen ne me paraît pas généralement plus efficace que les autres. Sur trente-quatre malades auxquels on l'a administre, dix ont été guéris, treize soulagés, la maladie a été exaspérée chez cinq, six autres n'en ont éprouvé aucun effet. Je crois qu'en employant toute autre méthode stimulante, on obtiendrait à peu près des résultats semblables. Si l'on considère en outre les difficultés qui accompagnent l'administration d'un pareil moyen, et l'irritation qu'il cause aux malades, on sera presque tenté d'y renoncer entièrement. Cependant, comme l'expérience a démontré que l'électricité a dissipé des rhumatismes rebelles à la plupart des autre remèdes, je crois qu'on devra y recourir après qu'ils auront été sans succès. Ce que je viens de dire de l'électricité s'applique à plus juste titre encore au *galvanisme* et au *magnétisme* médicinal dont les effets ont été bien moins souvent observés. Je ne fais qu'indiquer ici le *perkinisme*, que nous ne connaissons guère encore que de nom ; nous ignorons même la manière de l'administrer, et nous manquons entièrement d'observations qui en constatent les effets ou l'inutilité.

La *chaleur* est un des moyens thérapeutiques le plus fréquemment employés ; tantôt seule à des degrés différens, tantôt combinée avec la lumière, avec l'eau, ou bien unie à des substances aromatiques. Une chaleur douce, celle du lit, par exemple, peut, dans le rhumatisme aigu léger, suffire pour opérer la guérison prompte de la maladie, surtout chez ceux qui en ont été privés depuis long-temps Un enfant de douze ans couchait depuis deux années sur la paille, dans un grenier ouvert de tous côtés ; il fut atteint de douleurs rhumatismales, qui cessèrent presque aussitôt qu'il fut placé dans un des lits de l'hôpital. Dans le rhumatisme aigu intense, une température un peu fraîche est préférable à une chaleur trop élevée. Les malades placent souvent hors du lit les poignets affectés, pour diminuer la violence des douleurs. Dans les cas où la maladie se porte successivement dans des parties tenues très-chaudement, les lombes, par exemple, et la nuque imparfaitement garantie du froid, on n'observe pas qu'elle offre une intensité ou une durée plus considérable dans une de ces parties que dans l'autre. On emploie la chaleur à un degré plus élevé dans le rhumatisme chronique, tantôt en plaçant le malade dans une étuve sèche, tantôt en enveloppant le membre douloureux de sable, de cendres, de linges chauffés à 36 ou 40 degrés ; d'autres fois on approche successivement de la peau une plaque métallique dont la température a été suffisamment élevée. Dans quelques cas, on place sur la partie malade une serviette ployée plusieurs fois sur elle-même, et l'on y met une brique, un fer chaud; de manière que la chaleur soit pour ainsi dire versée successivement au travers du linge, et qu'augmentant peu à peu, le malade puisse la supporter à un degré plus élevé.

Dans d'autres cas encore la chaleur est portée au point de produire la brûlure, soit par l'inflammation rapide de l'alcool, soit par la combustion lente de certaines matières solides, telles que le coton, le lin, et le duvet de certaines plantes ; soit enfin par le contact du fer incandescent. Le second de ces moyens est aujourd'hui le seul qui soit en usage. Aucun auteur n'a, je crois, mieux présenté que ne l'a fait *Hippocrate* les circonstances dans lesquelles le feu doit être appliqué. « Lorsque la douleur se fait sentir constamment dans un seul lieu, et qu'elle a résisté aux autres remèdes, appliquez-y le feu profondément, et plusieurs fois, s'il est nécessaire. » La lumière paraît augmenter l'action de la chaleur, et souvent on a recommandé aux malades de s'exposer fréquemment au soleil, d'habiter des lieux bien éclairés, et même des climats où cet astre se montre pendant un temps plus long, et se fait sentir avec plus de force. On a de même conseillé les frictions auprès d'un feu vif et pétillant ; on a ainsi obtenu de bons effets de la chaleur unie avec des vapeurs aromatiques ; de l'immersion du corps dans un air chargé de vapeur d'alcool (*Ponsard*), de soufre (Seip., *Comm. litt. nor.*), de camphre (*Chèze*), de l'application chaude de sachets

remplis de fleurs aromatiques desséchées (*Dumoulin*).

La chaleur humide peut, à des degrés différens, convenir dans toutes les espèces de rhumatisme. Ainsi les bains tièdes, les cataplasmes émolliens, les vessies remplies de lait, sont employés dans les rhumatismes aigus ; les bains très-chauds, les étuves humides, l'application d'un animal récemment tué (*Dumoulin*), d'un pain chaud sortant du four (*Gerner*), sur la partie malade, sont recommandés dans le rhumatisme chronique; mais, dans ce dernier cas, on ajoute un autre médicament choisi parmi les substances stimulantes et aromatiques, comme les fleurs et les tiges de menthe, de sauge, de lavande, de thym, d'hyèble, de tanaisie, de camomille, de genièvre, d'angélique, etc. On les administre, soit en bains, soit en vapeurs qu'on dirige sur tout le corps à la fois, ou sur la partie malade en particulier. On conseille encore les bains hydrosulfureux, qui ont procuré tant de soulagement dans l'épidémie de *Mertens ;* les eaux thermales et ferrugineuses, l'immersion dans une cuve de vin qui fermente, ou dans le marc. Quelques médecins, entre autres *Floyer,* ont conseillé les bains froids dans le rhumatisme chronique ; c'est un remède qui demande les plus grandes précautions, parce qu'il peut devenir très-nuisible quand il cesse d'être utile. L'immersion du corps dans l'eau froide doit être fort courte; ces bains doivent moins agir en refroidissant le corps qu'en excitant un grand développement de la chaleur à la suite d'un refroidissement momentané.

Le *frottement* et la *percussion,* exercés sur le corps pendant un certain temps, sont encore un des moyens les plus puissans, ou du moins le plus communément employés dans la cure de cette espèce. Le frottement s'opère tantôt d'une manière continue par l'application habituelle de certains tissus, la flanelle, par exemple, sur les tégumens, où ils exercent en quelque sorte une friction légère, mais non interrompue. Tantôt c'est au moyen de ces mêmes tissus échauffés, exposés à des vapeurs résineuses et balsamiques, ou imbibés de liqueurs spiritueuses et aromatiques, qu'on promène avec force et rapidité sur la peau; d'autres fois c'est avec des brosses destinées à cet usage. Dans d'autres occasions, on dirige sur la partie affectée un courant d'eau chaude ou froide, qui agit à la fois par sa température et son frottement (*douches*). *Pouteau* a proposé encore de laisser tomber d'une certaine hauteur, sur le lieu affecté, du sable chauffé convenablement (*douches sèches*). Enfin le même auteur a pensé que la percussion avec des verges flexibles pourrait présenter quelque utilité (*flagellation*).

Il ne nous reste plus à parler que des *rubéfians* et des *vésicatoires,* qui de tous les moyens thérapeutiques sont peut-être ceux dont on fait le plus grand usage dans le rhumatisme chronique. *Stoll* n'hésitait pas à les placer partout où la douleur avait son siége, sur le cuir chevelu, sur la mâchoire inférieure. *Pringle* a remarqué qu'ils étaient surtout efficaces dans les cas où la douleur est fixe. *Rouppe* recommande de ne jamais appliquer de petits vésicatoires, qui ne font qu'irriter le mal, tandis que de larges emplâtres produisent toujours de bons effets. Dans le plus grand nombre des malades que j'ai suivis, ils ont produit un soulagement très-grand; quelquefois ils ont fait cesser complètement la douleur ; dans quelques cas, ils ont été sans effet; jamais le mal ne s'est exaspéré par leur application. Quelquefois le soulagement est d'abord léger, mais il devient alors peu à peu plus sensible. D'autres fois il est très-marqué dès le premier jour, mais il cesse bientôt; c'est une indication, dans le premier cas pour faire suppurer les vésicatoires établis, et pour les multiplier dans le second (*vésicatoires volans*) sans entretenir les plaies qu'ils produisent.

Les *ventouses* sèches, dont l'effet est plus stimulant, mais d'une durée plus courte, conviennent surtout dans les cas où les vésicatoires volans sont indiqués. *Tissot* et plusieurs autres auteurs en ont observé de très-bons effets. Je place à côté des vésicans un moyen employé dans la Guinée, sur lequel *Gallandat* a inséré un mémoire parmi ceux de l'Académie des sciences de Berlin ; c'est l'*emphysème artificiel,* qui produit une tuméfaction générale dans le tissu cellulaire sous-cutané. Je ne fais qu'indiquer ce moyen sans me permettre de le juger. Je ne connais aucune observation qui puisse en établir les bons effets ou en signaler les dangers.

L'*urtication,* conseillée également dans le rhumatisme, peut servir de passage entre les vésicans et les rubéfians, puisqu'elle produit à la fois l'un et l'autre effet : elle ne saurait convenir, comme tous les moyens excitans, que dans le rhumatisme chronique. Les *rubéfians* proprement dits, tels que les cataplasmes sinapisés, ceux qu'on prépare avec les feuilles de renoncule (*Storck*), ont été quelquefois employés dans les rhumatismes chroniques ; mais tous ces remèdes dérivatifs conviennent plus spécialement encore dans les cas où l'affection d'un viscère succède immédiatement à la suppression d'un rhumatisme. On les applique à l'endroit précédemment affecté, en même temps qu'on emploie pour la maladie survenue les remèdes convenables.

Enfin, dans quelques cas où la suppuration des vésicatoires peut seule prévenir le retour des douleurs, on leur substitue des *cautères,* que quelquefois aussi on emploie primi-

tivement, et dont l'expérience a souvent démontré l'efficacité.

On voit par l'énumération que je viens de présenter, que la médecine possède un grand nombre de moyens pour combattre le rhumatisme; l'expérience a, dans beaucoup de cas, constaté la puissance de plusieurs d'entre eux. Mais elle a appris aussi à connaître les bornes de l'art dans beaucoup de rhumatismes chroniques, où tous les remèdes ont successivement échoué, et que le tems, *le plus heureux des médecins* (SYDENHAM), a dans quelques cas conduits à une terminaison heureuse. Quelque multipliés que soient ces remèdes, beaucoup d'autres ont été proposés, ou peuvent être indiqués par les circonstances dans lesquelles se trouve le malade.

Le *régime* doit, suivant la marche de la maladie, être à peu près le même que dans les autres affections aiguës ou chroniques. De tous les moyens *prophylactiques* conseillés après la guérison du rhumatisme, les vêtemens de flanelle appliqués sur la peau, l'exercice actif, l'équitation, les bains de rivière, sont ceux dont l'expérience a le mieux constaté les heureux effets. L'observation exacte des préceptes de l'hygiène a pu, pendant tout le cours de la vie, préserver quelques personnes d'une seconde attaque. Ces faits, quoique peu nombreux, doivent être suffisans pour écarter de l'esprit des malades toute inquiétude trop vive sur l'avenir, et pour leur donner la ferme résolution d'éviter soigneusement tout ce qui pourrait provoquer le retour du rhumatisme.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.

DES

HÉMORRHAGIES

TRAUMATIQUES,

PAR

L.-J. SANSON,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU,
CHIRURGIEN CONSULTANT DU ROI,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC.

AVEC UNE PLANCHE COLORIÉE.

DES

HÉMORRHAGIES

TRAUMATIQUES.

CHAPITRE PREMIER.

DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES EN GÉNÉRAL.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Formé de deux mots grecs αἷμα, *sang*, et Ρηγνυμὶ, *faire jaillir*, ou de αἷμα, et ῥέειν, *couler*, le mot hémorrhagie signifie au propre un écoulement de sang. Toutefois, on donne plus spécialement en chirurgie ce nom à l'écoulement de sang assez considérable pour compromettre la vie du sujet et exiger l'emploi de moyens particulièrement dirigés contre lui. Une plaie récente fournit-elle une quantité de sang en rapport avec sa profondeur et la vascularité de la partie lésée sans occasioner d'accidens généraux, il y a seulement écoulement de sang ou suintement sanguin; il y a hémorrhagie, dès que la vie du malade se trouve compromise. Le mot hémorrhagie entraîne donc avec lui l'idée d'un danger pour la vie, ou du moins d'un accident qui peut porter une atteinte plus ou moins grave à la constitution du sujet, ou encore entraver d'une manière quelconque sa guérison; il suppose une certaine violence dans la manière dont le sang coule, ou une certaine persistance de l'écoulement, et ces deux caractères de l'accident, savoir la rapidité et la persistance, justifient l'une et l'autre étymologies.

On appelle hémorrhagies *traumatiques* celles qui surviennent à l'occasion des blessures; mais comme les plaies résultant des opérations sont elles-mêmes de véritables blessures, nous croyons entrer dans l'esprit de la question, en traitant non-seulement des hémorrhagies qui peuvent compliquer les plaies, mais encore de celles qui peuvent survenir à l'occasion des opérations chirurgicales.

ARTICLE II.

EFFETS GÉNÉRAUX DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES.

Les hémorrhagies traumatiques diffèrent des hémorrhagies spontanées, en ce qu'elles n'ont point ,en général, comme ces dernières, de phénomènes précurseurs. L'hémorrhagie spontanée s'annonce par le malaise général, l'horripilation, l'accélération et la plénitude du pouls, un sentiment de tension suivi de chaleur et de prurit dans la partie, en un mot tout ce qui constitue le *molimen hemorrhagicum ;* l'écoulement du sang semble alors ramener le bien-être, en faisant cesser les accidens précurseurs de son apparition ; s'il persiste longtemps, s'il est très abondant, on voit survenir en dernier lieu les phénomènes qui se montrent au contraire comme premier effet de l'hémorrhagie traumatique. Ce sont la décoloration de la peau et des muqueuses, le refroidissement général, l'apparition d'une sueur froide et visqueuse, surtout au front, sur les régions antérieures de la poitrine, épigastrique, à la paume des mains, à la plante des pieds; les nausées, les vomissemens, l'irrégularité des mouvemens respiratoires, qui deviennent alternativement petits et précipités, ou rares et

profonds, l'accélération du pouls, qui perd peu-à-peu sa force et sa résistance, tout en augmentant de fréquence à mesure que la perte du sang devient plus considérable, son irrégularité et son intermittence, le tumulte des battemens du cœur, les vertiges, les tintemens d'oreilles, les lipothymies, les syncopes, les mouvemens convulsifs, quelquefois le coma ou le délire, et enfin la mort.

Ces phénomènes se succèdent avec plus ou moins de rapidité. Dans quelques cas, lorsque les organes centraux de la circulation sont atteints et largement ouverts, la mort est instantanée, de sorte qu'on ne peut en observer la succession; dans d'autres, la mort survient au bout de si peu de temps qu'ils apparaissent tous en même temps, et comme en groupe; dans d'autres, enfin, la mort ou la syncope ne surviennent qu'après quelques minutes, et tous peuvent être observés et analysés. Il n'est pas rare de les voir alternativement augmenter et diminuer d'intensité, et le malade passer par une succession fatigante de syncopes prolongées et de rétablissemens de la circulation et de la respiration.

Lorsque l'hémorrhagie se prolonge, les malades sont tourmentés par une soif inextinguible, et d'autant plus fatigante que souvent l'estomac acquiert un tel degré d'irritabilité qu'il rejette opiniâtrément jusqu'à la moindre quantité de liquide ingéré dans sa cavité.

Quelquefois c'est par la succession de plusieurs hémorrhagies faibles, et non par suite d'une hémorrhagie considérable que surviennent les phénomènes généraux dont nous parlons. Alors les malades ne présentent pendant long-temps que la décoloration générale, l'abaissement de la température du corps, un affaiblissement graduel, l'accélération du pouls avec diminution progressive de sa consistance; il se joint souvent à ces symptômes une leucophlegmatie des membres inférieurs ou de tout le corps, et ce n'est que dans les derniers temps qu'apparaissent les nausées, les palpitations, les lipothymies et enfin les syncopes. Rarement alors survient-il des mouvemens convulsifs.

En général, plus la perte de sang est abondante et rapide, plus la syncope et la mort sont imminentes. Il est difficile d'ailleurs d'évaluer d'une manière exacte la quantité de sang que peut perdre un malade avant d'être en danger. L'espèce de terreur qui accompagne la perte du sang, la facilité avec laquelle une petite quantité de ce liquide tache une grande épaisseur ou une grande largeur de linge ou colore une grande masse d'eau, rendent presque toujours exagérées les estimations des blessés; et ceux qui sont apportés dans les hôpitaux ne mesurent guère que par litres le sang qu'ils ont perdu. On sait d'ailleurs combien les physiologistes diffèrent d'opinion sur le rapport de la masse du sang à celle du corps, depuis Lister et Allen Moulins qui l'évaluent à 1/20, jusqu'à Quesnay et F. Hoffmann qui pensent que la quantité de sang d'un homme adulte est de 25 à 30 livres, c'est-à-dire, 1/4 ou 1/5 environ; et l'on voit de suite quelle incertitude cette divergence d'opinions doit causer, lorsqu'il s'agit de résoudre la question par le raisonnement et en établissant une sorte de calcul de probabilité.

D'un autre côté les faits pathologiques, peu comparables entre eux, ne peuvent donner qu'une solution approximative. Il faut en outre tenir compte de toutes les circonstances dans lesquelles le blessé se trouve placé. M. Dupuytren faisait remarquer à sa clinique que les suicides meurent souvent sans qu'on puisse expliquer la mort par la quantité de sang qu'ils ont perdu. Celle-ci est quelquefois bornée à une ou deux livres. Chez des malades cachectiques ou épuisés par la suppuration, la perte d'une petite quantité de sang, celle qui accompagne le débridement d'un clapier, est souvent suivi d'une mort plus ou moins prompte. D'autres causes souvent inappréciables font varier les effets généraux des hémorrhagies, de telle sorte qu'un individu pourra, ainsi qu'on en cite des exemples (1), perdre dans l'espace de 24 heures jusqu'à trente livres de sang, tandis que tel autre sera épuisé pour en avoir perdu quelques palettes.

Le tempérament et la constitution du sujet, son sexe, son âge, son état moral même, ont une grande influence sur les résultats dont nous parlons. On sait qu'un sujet d'une constitution pléthorique supportera sans peine, et quelquefois même avec avantage, une perte de sang qui épuiserait un individu nerveux, faible ou cacochyme. On dit que, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes supportent mieux les pertes de sang que les hommes, ce qui signifie peut-être qu'elles les réparent plus vite. On sait enfin que les enfans la supportent moins bien que les adultes. Bien que la quantité de sang soit proportionnellement plus grande dans l'enfance, il n'est personne qui n'ait eu occasion d'observer avec quelle facilité les enfans sont jetés dans la prostration et presque dans l'anémie, par l'hémorrhagie que fournit une piqûre de sangsue. Cependant que l'on considère la quantité de sang perdu, et l'on reconnaîtra souvent qu'elle est moindre proportionnellement que celle que peut supporter un adulte. Mais une circonstance qui influe sur la promptitude avec laquelle les pertes de sang réagissent sur l'économie, c'est la rapidité de l'écoulement sanguin qu'il ne faut point confondre avec l'abondance avec laquelle il est quelquefois rejeté au-dehors. Schenck rapporte, d'a-

(1) Richerand, *Physiologie*, tom. 1, xe édition.

près Solenander, l'observation suivante : (1)

Obs. I. — « Quidam profudit intra diem et » noctem per os libras viginti sex modo san- » guinis coagulati, lividi, modo nigerrimi. Cu- » ratus est, subductâ ratione victûs, quiete et » solutis ovorum vitellis ; item cibis odora- » tis, sine medicamentis, solo clystere. »

Il paraît assez évident, d'après l'état et l'aspect du liquide, dans ce cas, et les autres circonstances de ce fait remarquable, qu'une si énorme quantité de sang ne s'est pas répandue instantanément dans l'estomac, mais qu'elle a été déposée lentement dans la cavité du ventricule, qu'elle l'a distendu peu-à-peu, jusqu'à ce qu'enfin elle ait provoqué des efforts de vomissement par lesquels elle a été expulsée en masse.

Quoi qu'il en soit, c'est parce que la perte de sang a été prolongée, ou plutôt, comme le fait remarquer M. le professeur Richerand, divisée en plusieurs hémorrhagies intermittentes, et non brusque et violente, que certains sujets ont pu perdre non-seulement 75 livres de sang en dix jours, mais encore, ainsi que nous l'avons déjà dit, jusqu'à trente livres dans vingt-quatre heures. En répétant la phlébotomie, on peut soustraire dans le même espace de temps, des quantités beaucoup plus considérables de sang que par une seule et copieuse saignée. On se rappelle avec quelle hardiesse nos prédécesseurs, J. L. Petit entre autres, multipliaient les saignées en une même journée, et dans les premiers jours des blessures, des plaies de tête en particulier.

On sait avec quelle vigueur M. le professeur Bouillaud attaque, par cette méthode, la pneumonie et le rhumatisme articulaire (2). Enfin, nous citerons le cas remarquable de guérison de tétanos, obtenue par M. Lepelletier, au moyen de cinq saignées de deux livres, pratiquées dans l'espace de deux jours et demi, de bains prolongés et de narcotiques à haute dose (3) ; et l'observation plus remarquable encore fournie par la pratique de M. Lisfranc, qui, en dix-neuf jours, a fait dix-neuf saignées du bras et a appliqué sept cent soixante-douze sangsues le long du rachis d'un homme affecté de tétanos, et l'a guéri.

Enfin, une dernière condition qui paraît modifier singulièrement les effets généraux des pertes de sang, c'est la qualité du sang perdu. En général, on pense que l'on peut perdre sans danger une beaucoup plus grande quantité de sang veineux que de sang artériel.

Lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, l'organisme travaille à réparer ses pertes. En très peu de temps, une quantité considérable de sang peut être reproduite. Toutes choses égales d'ailleurs, l'état de faiblesse et de décoloration déterminé par une hémorrhagie, se répare d'autant plus vite que celle-ci a été plus brusque et plus rapide. Cette circonstance tient, d'une part, à ce que les hémorrhagies brusques produisent souvent une syncope qui arrête le mouvement circulatoire, et par conséquent l'effusion du sang, avant que le système vasculaire soit considérablement désempli, et, d'autre part, à ce que le sang reste encore riche en hématosine en même temps que sa masse n'est relativement que peu diminuée (4). Après avoir reconnu que, chez un homme sain, vigoureux et bien nourri, la proportion de l'hématosine est de vingt-deux sur soixante-dix parties d'eau, tandis que, sur un sujet débilité et soumis à un régime peu réparateur, la proportion de ce principe n'est plus que de six sur soixante-dix parties d'eau, M. Denis a de plus constaté, dans des recherches importantes, que l'hématosine qui se perd se répare très lentement (5), de telle sorte que plusieurs mois, plusieurs années même sont nécessaires pour que sa proportion augmente d'une manière notable, bien qu'après une perte abondante tous les autres élémens du sang se réparent avec rapidité.

Ceci explique la différence de résultat des pertes de sang brusques, mais de peu de durée et qui ne reparaissent plus, et des hémorrhagies lentes, continues et souvent répétées.

Chez quelques sujets, lors même que l'on a arrêté les pertes de sang, la constitution en éprouve une atteinte irréparable. L'appareil digestif tombe dans une inertie complète et ne remplit plus ses fonctions. L'estomac rejette les alimens, ou ne leur fait plus subir l'élaboration nécessaire à l'assimilation. Les mouvemens respiratoires se ralentissent progressivement ; les contractions du cœur deviennent de plus en plus faibles et précipitées, toutes les fonctions périclitent jusqu'à ce que, enfin, la vie cesse par suite d'un épuisement graduel qu'aucun travail de réparation ne vient arrêter. J'ai vu plusieurs cas de ce genre à la suite d'hémorrhagies combattues par des moyens insuffisans et contre lesquelles on n'avait que trop tard agi d'une manière efficace. J'ai observé aussi quelquefois ces mêmes phénomènes après l'emploi réitéré de larges applications de sangsues pour arrêter dans leur marche ou dans leurs progrès certaines phlegmasies rebelles, certains érysipèles ou certains bubons. Ce n'est quelquefois qu'après un mois ou six

(1) Schenck. *Obs.* liv. 3, p. 359.

(2) Bouillaud, *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général, et sur l'efficacité des saignées coup sur coup dans son traitement.* Paris, 1836, in-8.

(3) *Journal complémentaire*, tom. 8, p. 3.

(4) Richerand, *Physiologie*, tom. 1, p. 451, xe édition.

(5) P. S. Denis, *Recherches expérimentales sur le sang humain.* Paris, 1830, in-8.—Andral et Forget, art. sang, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. xiv, p. 473.

semaines que les malades succombent par suite d'un anéantissement progressif.

Chez d'autres sujets, la vie se conserve, mais pendant long-temps et quelquefois pendant plusieurs années, faible et languissante. La paleur de la peau et des parties visibles des membranes muqueuses est extrême; la face prend quelquefois l'aspect de la cire jaunie par le temps, et souvent elle est le siége d'une bouffissure légère; le pouls est petit, faible, ordinairement précipité, très mou; chez quelques individus il y a des palpitations, de l'essoufflement, des tintemens d'oreilles, du bruit de souffle à la région du cœur et sur le trajet des grosses artères, comme immédiatement après les hémorrhagies abondantes; les digestions sont souvent languissantes pendant long-temps, et le malade privé de force, d'appétit et quelquefois de sommeil, se trouve atteint d'une véritable affection chlorotique. L'aspect général ressemble assez à celui que présentent les personnes affectées de ce que l'on appelle la cachexie cancéreuse. Le facies des femmes atteintes d'affections carcinomateuses du col ou du corps de la matrice, est en effet assez semblable à celui des femmes chez lesquelles un polype utérin provoque des pertes abondantes, et cependant, pour un praticien exercé, ces deux états présentent des différences notables, même lorsque l'affection carcinomateuse provoque des métrorrhagies. C'est ainsi que dans le cas d'anémie simple, la teinte de la peau est plus blafarde que jaune; que le pouls est seulement faible et précipité, que la peau est d'une fraîcheur remarquable, tandis que la cachexie cancéreuse est accompagnée d'une teinte jaune paille, de chaleur avec aridité de la peau, surtout d'un état fébrile qui s'exaspère le soir et prend tous les caractères de la fièvre hectique.

Quoi qu'il en soit, la forme d'état anémique dont je viens de parler est rarement le résultat d'une hémorrhagie traumatique, parce qu'on ne laisse pas les hémorrhagies de ce genre se prolonger, ou se répéter un assez grand nombre de fois.

Je ne terminerai point ce chapitre sans parler des faits constatés par l'autopsie de ceux qui succombent à des hémorrhagies traumatiques. Or, la mort, ainsi que je l'ai dit plus haut, se présente sous deux formes; l'une subite, l'autre lente.

La mort subite imprime aux organes intérieurs les caractères que nous avons déjà observés sur les tégumens: la décoloration des organes, la blancheur des poumons jointe à un peu d'emphysème vésiculaire lorsque les mouvemens convulsifs se sont prolongés, la vacuité des cavités gauches du cœur et des artères, leur resserrement, tandis qu'il reste encore un peu de sang dans les cavités droites et dans le système veineux, la petitesse et la sécheresse de la rate; tels sont les principaux phénomènes de la mort subite par hémorrhagie. Lorsque la mort n'est arrivée que par suite d'un état anémique long-temps prolongé, il faut joindre à l'état précédent une atrophie générale qui peut être portée plus ou moins loin.

ARTICLE III.

Effets locaux et caractères anatomiques des hémorrhagies traumatiques.

§ I. Hémorrhagies traumatiques primitives.

Les phénomènes locaux des hémorrhagies traumatiques varient suivant une foule de circonstances, dont les principales sont le temps dans lequel elles se produisent, la nature et le siége du vaisseau divisé, la nature de leurs causes. Sous le rapport du temps les hémorrhagies traumatiques sont primitives, c'est-à-dire immédiates, ou consécutives, c'est-à-dire secondaires. Sous le rapport de la nature et du siége du vaisseau divisé, on doit les étudier dans les vaisseaux capillaires, dans les artères ou dans les veines, ou dans les artères et les veines simultanément, et aussi dans les divers tissus comme dans les divers organes du corps; enfin, sous le rapport des causes, elles offrent quelques différences suivant qu'elles sont le résultat de l'action d'un instrument piquant, tranchant, contondant, d'un projectile lancé par la poudre à canon ou d'un caustique.

Nous ne nous occuperons ici que des hémorrhagies primitives, nous réservant de parler plus loin des hémorrhagies traumatiques secondaires.

A. *Par les capillaires.* — Les hémorrhagies traumatiques primitives fournies par les vaisseaux capillaires divisés sont rares; presque toujours après avoir duré quelque temps, l'écoulement de sang rouge et artériel qui se faisait en nappe par tous les points de la surface de la plaie diminue, puis est remplacé par celui d'une sérosité sanguinolente qui cesse bientôt lui-même pour faire place aux phénomènes de la réunion immédiate ou de la suppuration. Cependant on voit quelquefois l'écoulement sanguin continuer et finir par épuiser le malade. Cela arrive surtout lorsque la blessure a atteint quelque tissu de la nature de ceux que l'on appelle érectiles, tels par exemple que les corps caverneux de la verge et du clitoris, les grandes lèvres de la vulve; on observe encore le même phénomène lorsque l'organisation normale de la partie est modifiée de manière à donner un grand développement aux capillaires qui s'y trouvent ordinairement; dans les plaies par exemple qui affectent les tissus érectiles naturels ou fon-

gueux accidentels, et dans celles qui résultent des opérations qui n'ont détruit qu'incomplètement ces tissus; on les voit encore survenir quand une cause externe, interne ou morale accélère les contractions du cœur en augmentant leur énergie, et par conséquent accroît l'activité de la circulation; les efforts, les cris, l'agitation entretiennent quelquefois encore l'écoulement du sang versé par la surface des plaies; on sait avec quelle opiniâtreté les plaies saignent quelquefois chez les individus affectés de scorbut, ou chez lesquels il existe un obstacle à la circulation veineuse.

Enfin il est certaines modifications primitives de l'organisme qui y exposent d'une manière toute particulière ceux qui en sont affectés.

On trouve dans les fastes de la science plusieurs observations remarquables ayant pour sujet des familles dont tous les mâles, à très peu d'exceptions près, ont offert pendant plusieurs générations une disposition telle aux pertes de sang, que soit spontanément, soit à l'occasion de la moindre blessure ils étaient pris d'hémorrhagie mortelle.

Nous citerons :

1o La femme Smith (1) qui transmit à tous ses descendans mâles une telle disposition aux hémorrhagies, que non-seulement les égratignures ont pu déterminer des pertes de sang considérables ou mortelles, mais encore que la guérison de ces plaies n'a jamais été obtenue d'une manière durable chez certains sujets de cette famille. On a vu la cicatrice se rompre au bout de quelques jours, l'hémorrhagie se reproduire et devenir mortelle.

2o L'observation d'Appleton (2) qui, après avoir été sujet à des hémorrhagies graves, finit par succomber à une double hémorrhagie, l'une par le canal de l'urètre, l'autre provenant d'une excoriation située à la région de la hanche et résultant de la prolongation du décubitus sur cette partie. Sur dix-sept petits-enfans et arrière-petits-enfans qu'eut cet homme, cinq moururent d'hémorrhagies pour des blessures insignifiantes, et tous les autres furent sujets à des hémorrhagies spontanées dont quelques-uns encore périrent.

Krimer (3) dit encore avoir connu une famille dont tous les descendans mâles, pendant quatre générations, ont péri d'hémorrhagie. Il reste encore un membre de cette famille qui ne s'en garantit qu'en évitant avec soin les lésions traumatiques les plus légères et en faisant un usage fréquent du sel de Glauber. Il est à remarquer que le sulfate de soude employé depuis quelques années par les membres de la famille Smith, a offert un moyen d'arrêter sûrement les hémorrhagies lorsqu'elles viennent à paraître.

3o La famille Gamble, dont les *archives générales de médecine* de juillet 1835 ont extrait l'histoire d'un journal anglais, et dont les enfans mâles présentent la même disposition, puisque l'aîné mourut à neuf ans d'une hémorrhagie survenue à la suite de ventouses scarifiées; que le plus jeune périt à l'âge de six ans, pour s'être heurté la tempe contre un corps dur et à la vérité tranchant; et qu'un troisième, âgé de treize ans, eut à la suite de l'application de deux sangsues une hémorrhagie que l'on ne put arrêter qu'au bout de deux jours.

On trouve, dans le *Journal des progrès* (4), une note sur une famille saxonne composée de cinq enfans, dont l'aîné mourut d'hémorrhagie pour s'être mordu la langue, dont le second perdait beaucoup de sang dès qu'on lui enlevait l'épiderme, et dont le cinquième présentait la même disposition, mais à un moindre degré.

Je trouve dans la REVUE MÉDICALE (5), où l'on rappelle la plupart des faits précédens, une observation tirée du service de M. Lisfranc. il s'agit d'un homme de quarante-et-un ans, d'une constitution épuisée, qui pour s'être heurté légèrement le côté contre la clef d'une porte eut une tumeur sanguine considérable et accompagnée de faiblesse du pouls, de lipothymie et de syncope. Cet homme avait été sujet dans son enfance à des épistaxis poussés jusqu'à la syncope; plus tard, à des saignemens abondans par les gencives; plus tard, à des hématuries qui ont cessé vers l'âge de trente-quatre ans pour faire place à des infiltrations sanguines à l'occasion de la cause la plus légère: à tel point, qu'une petite fille ayant appuyé son coude contre la partie inférieure et externe du bras du malade, il en résulta un gonflement énorme et une ecchymose qui s'étendirent jusqu'à l'aisselle. Un des grands-oncles de cet homme était mort d'une hémorrhagie dont on ne put préciser ni le siége ni la source. Un de ses oncles, sujet au saignement des gencives, était mort à la Charité, à l'âge de dix-sept ans, d'une hémorrhagie résultant de l'avulsion d'une dent. Des dix-sept frères ou sœurs qu'il a eus, quatorze sont morts avant l'âge de trois ans, sans qu'on puisse décider quelle a été la cause de leur mort, bien que la mère dise que c'est le sang qui les a étouffés; mais une de ses sœurs a péri à l'âge de six semaines d'une hémorrhagie par la vulve. Deux de ses frères seulement sont parvenus à un âge plus avancé; mais tous deux étaient sujets à des épistaxis abondans et perdaient beaucoup

(1) *Dict. des Sc. Méd.* Tom. 4 (art. *cas rares*).
(2) *London Medical Repository*, —vol. 5, page 60.
(3) *Versuche einer Phys. des Bluts.* P. 318; Leipz., 1823.
(4) 1828. vol. 11.
(5) No d'octobre, 1835.

de sang par la moindre blessure. L'un est mort à neuf ans, à la suite d'un coup à la tête qui détermina une infiltration énorme de sang au-dessous du cuir chevelu. L'autre ayant reçu à l'âge de dix-sept ans ans un coup d'instrument tranchant au mollet, eut une hémorrhagie si opiniâtre, que l'on fut obligé de lier l'artère crurale; il mourut d'une hémorrhagie consécutive à cette ligature.

On voit que ces derniers faits sont moins concluans que les premiers.

Schvenlein (1) dans ses leçons orales a rapporté que Ripp ayant eu l'occasion de faire l'ouverture des corps de personnes mortes à la suite de ces hémorrhagies capillaires opiniâtres, a trouvé un cœur arrondi, mollasse, manquant dans certains endroits de substance musculaire, au point que les tuniques externe et interne se trouvaient adossées. Les artères présentaient la mollesse et l'aspect du tissu veineux.

Dans aucun de ces cas il n'est question d'affection scorbutique.

Il résulterait des faits observés par Ripp que la faiblesse du système vasculaire serait la condition de manifestation des hémorrhagies opiniâtres; mais cette atrophie des organes circulatoires n'est-elle pas plutôt une conséquence de l'anémie? et d'ailleurs il est facile de prévoir que cette disposition ne serait pas la seule qui pût les occasioner. L'observation suivante, instructive sous plus d'un rapport, prouve qu'elles peuvent quelquefois tenir à une cause tout-à-fait accidentelle, et que l'on est loin de soupçonner.

Obs. II. — Le 26 octobre 1822, une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans, d'une très forte constitution, mais sujette à des palpitations et à des étourdissemens, remarquable d'ailleurs par une forte coloration des parties supérieures, entra pour la seconde fois à l'Hôtel-Dieu, afin d'y être traitée d'une maladie qui l'y avait déjà amenée une première fois deux ans auparavant. Cette maladie était une tumeur fibreuse placée sur l'épaule. La malade sortit après un court séjour, parce qu'elle n'avait pas voulu consentir à se laisser pratiquer l'opération; lors de la rentrée de cette fille, l'affection consistait en une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, s'étendant de l'acromion à l'insection du deltoïde, et du bord antérieur de ce muscle jusqu'à la partie antérieure de la fosse sus-épineuse. Elle était, comme lorsqu'on l'avait examinée la première fois, légèrement mobile, sans changement de couleur à la peau, parfaitement arrondie, dure, résistante, indolente.

Il résulta de l'examen attentif qu'on fit de la maladie, que les changemens survenus depuis deux ans n'avaient porté que sur le volume de la tumeur, et qu'on aurait pu, comme on en avait alors formé le projet, en débarrasser la malade au moyen d'une opération, si l'on ne s'était aperçu que pendant l'intervalle des deux séjours à l'Hôtel-Dieu, il s'était développé dans le creux de l'aisselle une nouvelle tumeur de la même nature que la précédente, qui était assez volumineuse pour s'étendre, en passant derrière les muscles pectoraux jusqu'au-dessous du tiers interne de la clavicule, et pour comprimer le plexus brachial et les vaisseaux axillaires, au point de produire de temps à autre de l'engourdissement dans le membre, et de rendre peu sensibles les battemens des artères brachiale et radiale. Il parut d'abord évident que la position profonde de cette tumeur au-dessous des muscles épais et auprès des cordons du plexus brachial et des vaisseaux axillaires, en rendrait la dissection impossible, et l'on renonça en conséquence à pratiquer non-seulement l'extirpation de cette seconde tumeur, mais encore celle de la première, car il ne pouvait être d'aucune utilité pour la malade d'enlever l'une si on laissait l'autre. Cependant Dupuytren, considérant la force et la jeunesse de la malade, ébranlé par les vives instances de cette jeune fille, et surtout frappé de l'idée qu'elle était condamnée à une mort certaine, si on abandonnait la maladie à son cours naturel, résolut de tenter une opération pour lui conserver quelques chances favorables, puisqu'il était à la rigueur possible que la tumeur placée au milieu d'un tissu cellulaire abondant ne fût unie aux parties environnantes que par de faibles liens, et qu'on pût parvenir à la faire sortir par une sorte d'énucléation, sans avoir besoin de recourir à l'instrument tranchant, autrement que pour diviser les tégumens qui la recouvraient du côté de l'aisselle. Il se décida à prendre un terme moyen, en faisant en quelque sorte une opération d'essai sur la tumeur de l'épaule. Si, à la suite d'une incision faite aux tégumens, celle-ci se laissait facilement détacher sans le secours de la dissection, on pourrait espérer que la tumeur axillaire moins ancienne n'aurait pas des adhérences plus fortes, et l'on se déciderait à l'attaquer; si, au contraire, la tumeur sus-scapulaire exigeait, pour être séparée des parties adjacentes, une dissection minutieuse, ou si, au lieu d'être fibreuse, comme on le supposait, elle présentait les caractères d'une dégénération carcinomateuse, on se bornerait à l'extirper seule, et on laisserait la seconde, dont l'extirpation serait devenue une opération inutile ou trop dangereuse.

Telle était la résolution qu'on avait prise et que l'on se proposait de mettre à exécution sans délai, lorsque la malade annonça d'abord

(1) Eod. loco.

qu'elle attendait ses règles; puis quelques jours après, celles-ci n'ayant pas paru à leur époque accoutumée, elle déclara qu'il était possible qu'elle fût enceinte. On ajourna alors l'opération jusqu'à ce qu'on pût savoir à quoi s'en tenir à ce sujet, et la malade resta dans la salle, s'occupant à rendre quelques services à ses camarades.

Cependant on l'observait avec beaucoup d'attention; plusieurs fois on fut obligé de calmer par des saignées et l'usage des bains les douleurs qu'elle ressentait dans le bras, et l'on ne tarda pas à s'apercevoir que la tumeur inférieure s'étendait vers la partie antérieure et inférieure du cou en passant au-dessous de la clavicule. Cette circonstance fâcheuse avait presque entièrement fait perdre l'espérance de pouvoir un jour pratiquer l'opération, lorsque le 7 décembre, quarante-deuxième jour de son entrée à l'hôpital, cette fille commença à cracher abondamment du sang veineux. L'hémorrhagie continuant, à la visite du soir, Dupuytren fit pratiquer une saignée du bras de deux palettes; mais non-seulement ce moyen n'arrêta pas l'écoulement du sang par la bouche, mais il s'y en joignit un nouveau: une hémorrhagie de sang artériel, venant non pas de la blessure de l'artère brachiale, puisque la saignée avait été faite sur la veine céphalique, mais bien des lèvres de la division, faite à la peau pour pénétrer jusqu'à la veine, commença immédiatement après la phlébotomie et continua toute la nuit.

Le 8 au matin, on visite avec soin la bouche et l'on découvre que le sang provient d'une alvéole dans laquelle il existe quelques restes de racines de dents cariées. On extrait ces racines qui appartenaient à la première grosse molaire, on comprime ensuite fortement avec un bouchon de cire; on comprime aussi la plaie du bras, après avoir à dessein laissé le sang couler encore pendant deux heures. Les deux sources continuèrent à fournir pendant toute la journée; on parvint à les suspendre pour une partie de la nuit; mais elles avaient recommencé à couler le 9 au matin. Dupuytren cautérisa les lèvres de la petite plaie avec un stylet rougi à blanc, et on tamponna de nouveau l'alvéole.

Le 10, à la visite du matin, l'hémorrhagie alvéolaire durait encore. Dupuytren se décida alors à porter le cautère actuel sur cette partie. Cette opération pratiquée, on tamponna de nouveau l'alvéole avec des boulettes saupoudrées de colophane en poudre.

Le 11, avant la visite du matin, l'hémorrhagie alvéolaire ayant reparu, l'élève interne dans le rang duquel se trouvait cette malade, renouvela avec beaucoup de force mais inutilement l'application du cautère actuel. Lors de la visite, le sang coulait encore; Dupuytren fit alors placer au fond de l'alvéole une boulette de charpie imprégnée de nitrate acide de mercure, et soutenue par d'autres boulettes de charpie fortement serrées: l'hémorrhagie fut enfin arrêtée sans retour.

Dans la journée il survint un gonflement assez considérable de la gencive et de la joue, et la malade resta tourmentée d'une soif très vive. Dans la nuit du 12 elle eut des frissons, des vomissemens de matière fétide et noire, et un peu de délire.

Le 13 au matin, le pouls était imperceptible aux deux bras; les battemens du cœur, insensibles à la main, paraissaient au stéthoscope rapides et tumultueux. La malade était dans un état de demi-assoupissement, elle mourut à midi, sans agonie.

Dupuytren ne laissant pas perdre aux élèves cette occasion d'instruction, commença par simuler l'opération, telle qu'il l'aurait faite sur le vivant. Il fit une incision cruciale sur la tumeur de l'épaule, et trouva que cette tumeur était placée au-dessous du deltoïde qu'il fallut diviser, entre ce muscle et la tête de l'humérus dont le périoste était sain. La dissection des lambeaux fut assez pénible, et l'on s'aperçut bientôt que la tumeur envoyait en arrière un prolongement, qui, se contournant derrière le col de l'humérus, gagnait le creux de l'aisselle et venait au devant se continuer avec la tumeur antérieure. Quant à celle-ci, située profondément au-dessous du grand et du petit pectoral, elle se portait entre la clavicule et la première côte, remontait ensuite au-devant des scalenes, et venait faire saillie dans le sommet de la cavité thoracique, embrassant dans son trajet l'artère carotide, les vaisseaux sous-claviers, la veine jugulaire, et les cordons du plexus brachial; organes qui tous étaient sains, mais qu'il aurait été impossible d'éviter pendant l'opération, qu'on eut ainsi lieu de s'applaudir de n'avoir point tentée. On procéda ensuite à l'examen des cavités: l'appareil nerveux était sain, ainsi que l'appareil respiratoire.

On trouva quelques traces d'inflammation sur la muqueuse intestinale.

Le péricarde ouvert laissa échapper environ huit onces de sérosité limpide. Le cœur paraissait sain à l'extérieur; mais lorsqu'on eut ouvert l'oreillette droite, pour reconnaître l'état intérieur de cet organe, qu'on présumait sain aussi, on la trouva remplie par un corps mou de la consistance du tissu pulmonaire, dont l'aspect était celui d'un polype fongueux, et dont le tissu, à-la-fois gélatineux et vasculaire, ou pour mieux dire cellulo-vasculaire, était composé de vaisseaux fortement injectés, les uns de sang rouge, les autres de sang noir, et d'une trame celluleuse au milieu de laquelle on remarquait des vésicules remplies de liqui-

des de diverses couleurs. Ce corps remplissait exactement la veine-cave supérieure, laquelle était dilatée dans toute son étendue, au point de présenter la forme d'un *boudin*, excepté au niveau de la première côte où elle offrait un rétrécissement; il s'étendait dans la veine jugulaire jusqu'au-dessus du tiers inférieur du cou, point où cette veine dilatée jusque-là reprenait brusquement son volume normal; enfin, il remplissait le calibre de la veine sous-clavière droite. Partout ce corps adhérait intimement avec la membrane interne de la cavité dans laquelle il était contenu, ou plutôt il était confondu avec cette membrane, de laquelle il paraissait tirer son origine.

Quelle que soit la forme sous laquelle apparaît l'hémorrhagie capillaire, on ne trouve en général d'autres caractères anatomiques que la solution de continuité et l'écoulement du sang; la ténuité des vaisseaux les soustrait à l'inspection du chirurgien, et il est pour lui tout-à-fait impossible de déterminer quelles modifications organiques ils subissent, soit pendant que le sang coule, soit surtout au moment où il cesse de couler. Du reste, les recherches des physiologistes et des anatomo-pathologistes (1) ont appris que le cours du sang se concentrait vers la plaie, pendant l'écoulement du sang, que la coagulation de ce liquide, à la surface de la plaie, amenait la formation d'un caillot intravasculaire communiquant avec le trombus extérieur; qu'alors, après des oscillations plus ou moins longues, le sang reprenait son cours dans les capillaires voisins. C'est à ce moment, ainsi que nous l'avons dit, que la surface traumatique devient le siége des phénomènes qui précèdent la cicatrisation des plaies.

Dans quelques cas enfin le sang, au lieu d'apparaître au-dehors, s'infiltre ou s'épanche dans le tissu cellulaire, se verse à la surface de quelque muqueuse ou s'accumule dans la cavité des membranes séreuses; mais comme ces accidens peuvent être le résultat de la blessure de tous les ordres de vaisseaux, nous en traiterons à part dans un autre lieu.

B. *Par les artères saines.*— Avant de m'occuper des phénomènes locaux, je vais rappeler sur la structure des artères quelques détails nécessaires pour comprendre le mécanisme des hémorrhagies artérielles traumatiques, celui de leur suspension spontanée, ainsi que l'action des moyens hémostatiques.

Trois tuniques, une interne, une moyenne et une externe concourent à former toutes les artères d'un certain calibre, et donnent à ces vaisseaux les propriétés particulières dont ils jouissent.

La tunique la plus intérieure, *tunique interne*, est mince, transparente, lisse et polie, brillante à sa surface, comme une membrane séreuse dont elle diffère pourtant par une sorte de velouté particulier. Elle se déchire ou s'écrase avec la plus grande facilité; elle ne concourt par conséquent en rien à la solidité du vaisseau, et ne sert qu'à faciliter le cours du sang dans son intérieur.

Quelques anatomistes distingués la regardent comme tout-à-fait inorganique; cependant des expériences faites par M. Manec (2) dans ces derniers temps, semblent prouver qu'elle est chargée de la sécrétion d'un produit onctueux, *lymphe plastique*, qui facilite le glissement du sang, et peut jouer un rôle important dans l'oblitération des tubes artériels.

A la vérité, d'autres expériences tendent à prouver que cette tunique ne sécrète pas seule cet enduit onctueux, puisque, là où elle a été enlevée artificiellement une sécrétion plus active s'établit sur la surface dénudée de la tunique moyenne. Celle-ci serait-elle donc seule chargée de la sécrétion, dont le produit ne parviendrait que par voie de transpiration dans la cavité des artères et à travers la tunique interne restée inerte? ou bien la sécrétion abondante observée sur le point dénudé de la tunique interne ne provient-elle pas de la dénudation même, et ne doit-elle pas être rapprochée de l'exhalation de lymphe plastique, qui se fait à la surface de toute solution de continuité avec ou sans perte de substance? On sent qu'il n'est pas de mon sujet de savoir si la membrane interne des artères est un tissu vivant ou inorganique. J'adopte pourtant la première opinion que le fait suivant entre autres me semble propre à appuyer:

Obs. III.—En 1816, un négociant belge voulant profiter de son séjour à Paris pour se faire traiter d'une légère difficulté d'uriner, fit appeler Dupuytren qui reconnut un obstacle peu considérable vers la région prostatique du canal, et plaça une sonde à demeure.

Pendant la nuit le malade fut agité et retira la sonde. Le lendemain matin il se plaignit d'une sensation d'embarras gastrique : un bain est prescrit; il s'y plonge et meurt aussitôt. Appelé seulement pour faire l'ouverture du corps, je ne trouvai d'autre lésion appréciable qu'une rougeur violacée de la tunique interne de l'aorte, rougeur qui occupait toute la circonférence du vaisseau, depuis son origine jusqu'auprès de la naissance des iliaques primitives, en diminuant insensiblement d'intensité. Il existait en même temps un épaississement considérable de cette membrane dans la même étendue; et son adhérence avec la tu-

(1) Kaltenbrunner, *de l'état du sang et des vaisseaux dans l'inflammation.* (Journal des Progrès.)

(2) *Traité théorique et pratique de la ligature des artères.* Paris, 1832; in-fol.

nique moyenne était si relâchée, qu'elle s'en détachait elle-même sur les bords de l'incision longitudinale que j'avais pratiquée pour l'examiner, et se roulait de chaque côté vers l'intérieur du vaisseau. La tunique moyenne et l'externe avaient conservé leur aspect lisse, leur couleur, leur consistance membraneuse. Le vaisseau ne contenait ni caillots ni sang fluide. Les cavités droites du cœur et le système veineux central étaient au contraire distendus par du sang noir et coagulé. Outre ceux que la science possède, d'autres faits analogues se sont présentés à mon observation.

La tunique *moyenne* est la plus épaisse; c'est elle qui donne aux artères leur fermeté et la faculté de rester béantes quand on les a coupées; elle est dure, élastique, de couleur jaune, et formée de fibres décrivant des segmens de cercles obliques, disposés en plusieurs plans. Suivant M. Manec, les fibres appartenant aux différentes couches qui forment cette tunique, excepté peut-être celles de la couche la plus externe, sont arrangées de telle manière que leurs extrémités en passant successivement entre les intervalles des fibres des couches plus profondes, viennent en définitive s'attacher à la membrane interne sur laquelle elles s'insèrent longitudinalement, et parallèlement les unes aux autres. Cette tunique est très fragile et se déchire facilement, soit qu'on la distende en largeur, soit qu'on la tire suivant la longueur du vaisseau.

La tunique *externe* ou celluleuse est à-la-fois la plus souple, la plus extensible et la plus résistante des trois tuniques artérielles. Adhérente à la moyenne à l'aide de filamens très fins et rougeâtres, analogues à ceux qui unissent la tunique moyenne à l'interne, c'est elle qui reçoit d'une manière évidente les *vasa vasorum* destinés à nourrir les parois artérielles. Autour des artères il existe de plus une gaîne celluleuse, formée de filamens intriqués, qui d'une part adhère assez lâchement à la tunique externe du vaisseau, et d'autre part se perd insensiblement dans les parties voisines, de manière qu'il serait difficile de déterminer ses limites précises. Elle est commune aux artères et aux veines collatérales.

Si l'on tire une artère dans le sens de sa longueur, la tunique interne se rompt d'abord, puis le plan interne de la moyenne, puis enfin toute l'épaisseur de celle-ci : la tunique externe se laisse allonger à un très haut degré avant de se rompre. Si on tord l'artère sur elle-même, on observe des gerçures à la membrane interne, puis à la face interne de la moyenne, mais il est difficile d'opérer la rupture complète de l'externe; si on frappe une artère avec un corps contondant; si on la serre avec une ligature, les tuniques interne et moyenne se laissent couper avec une grande facilité, et l'externe résiste encore à l'action de ces causes vulnérantes.

Pendant la vie, la compression exercée sur les artères produit l'adhésion des parois opposées, et la formation d'un caillot au-dessus et au-dessous de la partie comprimée. Suivant que la compression a été médiate ou immédiate, les tissus ambians présentent des différences très grandes sous le rapport du degré d'inflammation qu'ils subissent (1).

Les ligatures, suivant qu'elles sont larges, plates, peu serrées ou étroites, rondes et serrées fortement, agissent comme la compression immédiate, ou bien coupent plus ou moins subitement les tuniques interne ou moyenne. Quand cette rupture n'est pas subite et mécanique, elle arrive par l'effet de la mortification qui suit la constriction. Il y a formation d'un caillot qui remonte plus ou moins haut, et s'organise pour persister dans la cavité du vaisseau aux parois duquel il adhère, ou bien se résorbe peu-à-peu. Ce caillot, très conique du côté du cœur, va d'ordinaire gagner une ou plusieurs des collatérales voisines par de petits prolongemens flottans dans la cavité du vaisseau. Par son extrémité inférieure il adhère au pourtour de la division des tuniques interne et moyenne. Dans ce lieu, bien qu'il soit un peu resserré, il n'a point la forme conique qu'on lui voit à son extrémité supérieure. A mesure que le caillot se résorbe et disparaît, la cavité de l'artère se rétrécit; ses parois présentent des rides longitudinales, et lorsqu'on détache l'artère du moignon, des fibres transversales, ce qui lui donne un aspect chagriné, l'ouverture inférieure fermée par l'extrémité du caillot qui adhère au point de rupture des tuniques interne et moyenne se rétrécit de plus en plus; le caillot de plus en plus petit dans ce point, n'est plus, quelquefois en moins de deux mois, qu'un petit diaphragme organique de nouvelle formation, placé entre la cicatrice à laquelle il adhère et la cavité du vaisseau qu'il ferme. A en juger par des observations assez multipliées, le vaisseau ne s'oblitère jamais complètement; sur un assez grand nombre de moignons examinés, à cet effet, à des époques diverses, j'ai toujours trouvé un canal central, des parois amincies; et, en bas, un prolongement étendu de la cicatrice au point où la section de l'artère avait eu lieu. Malgré son resserrement, le canal artériel suffit encore à l'alimentation des petites collatérales qu'il fournit (2).

Les ligatures non serrées, dites d'attente, agissent comme des corps étrangers irritans sur des parois de l'artère dont elles peuvent déterminer l'inflammation, l'ulcération, et la

(1) Scarpa *Memorie sulla legatura delle principali arterie*, Pavie, 1817, in-4.—Freer, *Observations on aneurism*, Birmingham, 1807, in-4°, fig.

(2) Voyez la planche.

rupture. Les effets de l'inflammation sur l'artère se manifestent par la coagulation du sang dans sa cavité, et alors le fil coupe l'artère sans produire d'hémorrhagie. Mais quelquefois l'action du fil n'enflamme qu'en un point la circonférence de l'artère, et, dans l'intérieur du vaisseau, au lieu correspondant à l'action de l'anse du fil, il se forme un caillot partiel, adhérent, sur lequel ce fil vient agir après avoir ulcéré et détruit les tuniques artérielles. Alors si le fil vient à couper l'artère, il y a une hémorrhagie. D'autres fois une virole, formée par un épanchement de lymphe plastique s'organise autour du fil et l'emprisonne. J'ai fait autrefois, sur les ligatures d'attente, des expériences dont j'ai extrait ces faits. Les ligatures temporaires, maintenues pendant quelques heures, déterminent une artérite et la formation d'un caillot adhérent aux parois du vaisseau.

Tous les autres moyens mécaniques ou chimiques: la torsion, l'écrasement, l'arrachement, l'acupuncture, la cautérisation, produisent un résultat analogue. On a parlé dans ces derniers temps de l'électro-acupuncture; je craindrais toutefois *a priori* que les effets de coagulation ne se propageassent trop loin.

Bien que la position des principales artères dans les parties les plus profondes des cavités splanchniques, au côté interne des membres, dans le sens de la flexion des grandes articulations, ou au fond de gouttières formées par les muscles et par les os, semble devoir être pour ces vaisseaux un abri contre l'atteinte des corps vulnérans, leurs lésions ne laissent pourtant pas d'être fréquentes. Cependant, ce n'est que depuis peu qu'on a acquis des connaissances exactes sur les modifications anatomiques que subissent les parties affectées.

Le phénomène le plus frappant qui succède immédiatement à la lésion d'une artère, c'est l'effusion de sang dont la violence est proportionnée au volume du vaisseau, aux dimensions de la blessure. Suivant que le vaisseau est plus ou moins superficiel, que le trajet de la plaie est plus ou moins direct, plus ou moins oblique ou sinueux, le liquide s'échappe au dehors, s'infiltre dans le tissu cellulaire ambiant, ou enfin s'épanche à la surface de quelque séreuse ou de quelque muqueuse. Lorsque la quantité de sang qui s'est échappée des vaisseaux est considérable, les phénomènes généraux apparaissent, et la mort ordinairement les suit de près si le malade n'est pas secouru; mais dans un certain nombre de cas, l'hémorrhagie s'arrête spontanément, par suite d'un travail organique particulier, dont on découvre les rudimens lors même que le blessé a succombé promptement: enfin quand les secours efficaces ont été administrés, la cicatrisation du vaisseau s'opère encore suivant certaines lois, connues aussi depuis assez peu de temps, et qu'il est important d'étudier pour bien en comprendre le mécanisme, de même que pour apprécier la valeur relative des procédés chirurgicaux.

Les phénomènes des blessures des artères sont variables, suivant que la blessure est petite ou large, longitudinale ou oblique, ou transversale, incomplète ou complète.

Si l'on en croyait les expériences de Home (1), il n'y aurait que les plaies pénétrantes des artères qui pussent exposer à une hémorrhagie, puisqu'il a vu, les deux tuniques externes ayant été détruites sur des chiens, la tunique interne seule résister à l'effort du sang. Mais ces faits, peu en rapport avec la fragilité bien connue de la tunique interne, sont démentis par le cas suivant : Guthrie, ayant eu à traiter une vaste plaie du cou, au fond de laquelle on voyait la veine jugulaire interne ouverte et les parois de l'artère carotide entamées jusqu'à la tunique interne exclusivement, se borna à soulever avec un *tenaculum* les lèvres de l'incision de la veine et à les lier sans interrompre la continuité du canal du vaisseau, et ne fit rien pour la lésion superficielle de l'artère carotide. Huit jours après elle s'ouvrit et le malade succomba à l'hémorrhagie.

Mais revenons aux plaies pénétrantes. La section transversale complète est celle qui a le plus occupé les chirurgiens, et c'est elle que nous étudierons d'abord. Quel que soit le volume de l'artère divisée, aussitôt après sa section complète elle se rétracte et se retire au milieu des tissus. Si elle est d'un très gros calibre, presque toujours l'hémorrhagie qu'elle fournit devient rapidement mortelle ; mais quelquefois il arrive qu'une syncope favorable vient suspendre les contractions du cœur, avant que la perte du sang soit incompatible avec la conservation de la vie, et pendant ce temps il se forme un caillot qui bouche la plaie artérielle et suspend pour toujours l'hémorrhagie. Le plus ordinairement pourtant, celle-ci se reproduit et le blessé finit par succomber. Moins le vaisseau est volumineux et plus il y a de chances pour que l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même définitivement, et il n'est pas très rare de voir une artère d'un moyen calibre, complètement coupée en travers, cesser spontanément de fournir du sang.

On a diversement expliqué la guérison dans ce cas. J.-L. Petit, qui le premier a fait de ce sujet l'objet de recherches dont il communiqua le résultat à l'Académie des sciences en 1733, attribue l'oblitération du vaisseau à la coagulation du sang. Suivant lui, il se forme à l'extrémité du vaisseau divisé deux caillots

(1) *Trans. of a soc. for the improv. of med. and chirurg. Knowl.* vol. x, page 144-5, cité par Meckel.

dont un entoure cette extrémité, ferme l'ouverture à la manière d'un couvercle, tandis que l'autre pénètre comme une tige centrale dans le calibre du vaisseau jusqu'à l'origine de la première collatérale un peu volumineuse, et oblitère cette partie à la manière d'un bouchon. Ces deux caillots, presque toujours continus, contractent des adhérences de plus en plus intimes, soit avec l'intérieur, soit avec l'extérieur du vaisseau, soit surtout avec son orifice tronqué, à l'aide d'une substance blanche analogue à celle qui réunit les plaies par première intention, puis ils se durcissent graduellement et finissent par apporter un obstacle invincible à la reproduction de l'hémorrhagie.

Cette théorie, vraie en partie, n'embrasse cependant qu'incomplètement les phénomènes dont elle devrait rendre compte; et de plus, l'auteur attribuant tout à la forme du caillot, a été conduit à des principes erronés sur le choix et l'action des moyens hémostatiques, puisqu'il pense que la compression mérite la préférence sur tous les autres moyens, qu'elle est plus sûre que la ligature, et que lors même qu'on a appliqué cette dernière on doit l'aider de l'action de la compression.

Un peu plus tard, Sauveur Morand modifia par une remarque importante la théorie de J.-L. Petit en annonçant, en 1736, que l'artère éprouve à son extrémité une rétraction accompagnée de froncement, une sorte de crispation qui sert à emprisonner le caillot et à le fixer.

De même que Morand, Sharp adopta la double action du caillot et du resserrement du vaisseau. Mais ces idées furent rejetées par Pouteau (1). S'appuyant d'une part, sur ce que le caillot intérieur a la forme d'un cône qui finit en pointe déliée, et n'oblitère le vaisseau que par sa base; et, d'autre part, sur ce que, dans quelques amputations de la verge et du poignet, il avait vu les artères des corps caverneux et les artères radiale et cubitale rester saillantes à la surface des plaies; il nia la rétraction des vaisseaux et refusa au caillot les dimensions et la résistance suffisantes pour les oblitérer et arrêter définitivement l'écoulement du sang. Pouteau attribue ce résultat à l'épaississement et à l'induration du tissu cellulaire qui environne l'extrémité du vaisseau, la comprime de toutes parts, et efface son calibre. Déjà, avant Pouteau, Gooch avait nié l'influence du caillot et attribué la suspension du sang uniquement au resserrement des parois artérielles.

Kirkland (2) et White (3) pensent même que le caillot serait un obstacle à la guérison à cause de son peu d'adhérence. Suivant eux, les parois de l'artère se mettent en contact par suite de son resserrement.

Telles étaient les différentes théories par lesquelles on avait cherché à expliquer la guérison spontanée dans les cas de division d'un tronc artériel, lorsque le docteur Jones fit connaître une série d'expériences qui ont donné l'explication de beaucoup de faits jusque-là inexpliqués.

Suivant Jones (4), immédiatement après la section en travers d'un gros vaisseau, il se retire brusquement dans sa gaîne celluleuse; mais l'impulsion du sang, d'autant plus forte que le vaisseau est d'un calibre plus considérable, gêne d'abord cette rétraction. Ce n'est que quand les contractions du cœur ont diminué d'énergie par suite de la perte de sang, qu'elle devient aussi complète que possible; en même temps l'artère se resserre sur elle-même. Dès les premiers momens, le sang en s'échappant avec impétuosité, s'écoule librement au dehors, si la plaie est large ou directe, ou s'infiltre dans le tissu cellulaire ambiant. Aussitôt que l'artère est rétractée d'une manière notable, le sang en traversant le canal formé par la gaîne celluleuse se trouve gêné par les villosités de cette gaîne; il se forme bientôt un caillot adhérent de toutes parts, et percé à son centre d'un canal par lequel l'hémorrhagie continue, mais qui se rétrécit peu-à-peu par l'addition de nouvelles couches, et finit par s'oblitérer enfin tout-à-fait. Alors l'hémorrhagie cesse, le couvercle de J. L. Petit est formé. Ainsi il y a à-la-fois rétraction, resserrement du vaisseau, et formation d'un caillot; la formation de celui-ci est singulièrement favorisée par le ralentissement de la circulation.

Vu par l'extérieur, ce caillot semble être la continuation du vaisseau; mais si l'on fend celui-ci, on peut reconnaître distinctement qu'il occupe la gaîne celluleuse, que tout en oblitérant le vaisseau et se prolongeant sur lui et sa gaîne, en remontant du côté du cœur, il peut aussi s'étendre jusqu'aux interstices celluleux des muscles qui environnent l'artère.

Lorsque la section de l'artère a eu lieu près de l'origine d'une branche collatérale, il ne se forme point de caillot intérieur; il s'en forme un au contraire lorsque l'artère a été coupée à quelque distance de l'origine d'une collatérale; il représente un cône à sommet très allongé et très aigu. Il n'adhère pas au vaisseau excepté par sa base au niveau de l'extrémité de l'artère. Le docteur Jones appelle ce caillot *interne*, par opposition au premier qu'il nomme *externe*.

(1) *Mélanges de chirurgie*. Lyon, 1760, page 299.

(2) Th. Kirkland, *Essays on the methode of suppressing hemorrhages from divided arteries*. London, 1763.

(3) *Cases of surgery*.

(4) J. F. D. Jones, *a Treatise on the process employed by nature in suppressing the hemorrhage from divided and punctured arteries*. London, 1805, trad. par C. T. Maunoir (Mélanges de chirurgie étrangère). Genève, 1826, t. III, p. 1 et suiv.

Mais bientôt, il survient d'autres phénomènes importans, ce sont des phénomènes inflammatoires. Une lymphe plastique versée par les *vasa vasorum* entre les deux caillots les unit, et les faisant adhérer à la tunique interne, prévient définitivement le retour de l'hémorrhagie; elle s'épanche de plus entre les tuniques du vaisseau et dans le tissu cellulaire ambiant; le vaisseau revenant en même temps sur lui-même, toutes ces parties finissent par se confondre en une masse dure, dans laquelle il devient impossible de les distinguer les unes des autres.

Lorsque la plaie des parties molle suppure, alors la lymphe coagulable s'épanche plus au loin autour de l'extrémité du vaisseau, et tout en l'unissant aux parties voisines l'isole cependant de la surface traumatique.

Les changemens que l'on observe dans le bout de l'artère qui correspond au cœur, se font aussi remarquer dans le bout opposé, avec cette différence pourtant que le caillot externe est plus petit et que son orifice est plus resserré. Il est en effet à remarquer que ce bout est presque toujours la source d'un écoulement de sang; ce liquide s'échappe même en jet, lorsque l'artère blessée reçoit de larges anastomoses ; dans le cas contraire, il s'écoule seulement en nappe pendant les premières heures, et alors comme il ne revient dans le tube artériel qu'après avoir traversé les capillaires, il a perdu l'apparence artérielle et pris une couleur noire assez foncée, ainsi que J. Hunter et Guthrie l'ont observé.

Enfin au bout de quelques jours, le caillot externe est absorbé, ainsi que la lymphe coagulable qui s'était épanchée autour de lui ; la texture celluleuse reparaît dans les parties indurées ; toute la portion d'artère comprise entre la blessure et la naissance de la première collatérale se resserre sur elle-même; ses parois mises en contact finissent par se réunir et se transformer ainsi en une sorte de linament solide qui diminue graduellement, devient filiforme, et finit par disparaître. Pendant ce temps, les artères collatérales anastomatiques se sont développées en proportion du besoin de la circulation et rétablissent une communication suffisante entre les deux bouts de l'artère divisée.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits, ainsi qu'on se le rappelle sans doute, sont ceux de la guérison spontanée de la division transversale et complète d'une artère abandonnée à elle-même. C'est, suivant le docteur Jones, par le même mécanisme que s'opère la cicatrisation du bout d'un artère, quand l'hémorrhagie a été arrêtée par des moyens artificiels, avec les modifications suivantes : si c'est une ligature, le caillot externe ne se forme pas ; si c'est au moyen d'une compression directe exercée par des éponges, de l'agaric, ou des boulettes de charpie, le caillot externe ne se forme pas d'une manière constante, et son développement dépend du degré de pression que l'on a employé. Quant au caillot interne, il se forme toujours, à moins qu'une collatérale ne naisse très près de la blessure. Enfin, toutes les fois que l'hémorrhagie est arrêtée d'une manière solide, on trouve l'ouverture du vaisseau oblitérée par un dépôt de lymphe coagulable.

Mais le docteur Jones ne s'est pas borné à étudier le phénomène de la cicatrisation d'un vaisseau tronqué, il a porté ses investigations sur le mécanisme de la guérison des autres genres de blessures qui peuvent affecter les tubes artériels.

C'est un fait depuis long-temps connu que les hémorrhagies produites par les piqûres ou les sections imcomplètes des artères, s'arrêtent souvent plus difficilement que celles qui résultent des divisions complètes de ces vaisseaux. C'est sur la connaissance de ce fait qu'était basée la pratique des anciens, qui complétaient la section des vaisseaux divisés incomplètement (1). C'est d'après la même remarque que de nos jours on achève quelquefois la section de la temporale, quand elle fournit une hémorrhagie difficile à arrêter. Les expériences du docteur Jones ont confirmé ce fait généralement connu.

Le phénomène le plus général, à la suite des blessures dont nous parlons, est l'infiltration du sang au-dessus et au-dessous de la blessure du vaisseau dans le tissu cellulaire qui unit l'artère à sa gaîne celluleuse. Peu de temps après la suspension de l'hémorrhagie, par ce moyen, on trouve que la couche de sang infiltré entre la gaine et le vaisseau s'étend à quelques pouces au-dessus et au-dessous de la plaie, et qu'elle est un peu plus saillante et plus épaisse au niveau de la blessure, qu'elle oblitère, que partout ailleurs. C'est donc ainsi que le fait remarquer le docteur Jones, à une couche de coagulum étendue au loin dans la gaîne celluleuse de l'artère, et non pas seulement à un caillot interposé entre les lèvres de la division, qu'on doit la suspension de l'hémorrhagie.

Si l'artère a été simplement piquée, le sang s'infiltre entre la paroi du vaisseau et sa gaîne, les éloigne l'une de l'autre, détruit le parallélisme existant entre les plaies au moment de l'accident, et bientôt le sang, ainsi retenu, oblitère, en se coagulant, la plaie du vaisseau et suspend provisoirement l'hémorrhagie. Après un certain temps, un épanchement de lymphe coagulable se forme dans la piqûre et devient la base d'une cicatrice solide. Le caillot est résorbé.

Les choses se passent à-peu-près de la même

(1) Celse; lib. v, cap. xxvi

manière, lorsqu'au lieu d'une piqûre il y a une incision de petite étendue. Si cette incision est parallèle à l'axe du vaisseau, sa réunion définitive peut être si exacte qu'après un certain temps on n'en voie plus de trace ni à l'intérieur ni à l'extérieur du tube artériel. Lorsque les plaies sont obliques et surtout transversales, elles restent béantes par suite de la disposition qu'ont les artères à se rétracter suivant le sens de leur longueur, et l'écoulement du sang est d'autant plus difficile à arrêter que la section est plus transversale, et qu'elle entame une plus grande partie de la circonférence du vaisseau. Dans certaines limites, la cicatrisation de la plaie peut encore s'opérer comme dans le cas précédent, c'est-à-dire avec conservation du calibre de l'artère; mais la cicatrice est plus large et moins solide, et bien qu'il puisse encore s'opérer des guérisons durables, cependant les blessés sont plus exposés à voir cette barrière insuffisante céder à l'effort latéral du sang.

Enfin, quand la plaie est fort large, l'épanchement de lymphe coagulable est si abondant, que le calibre de l'artère se trouve oblitéré. Quelquefois encore l'inflammation ramollissant la partie de la circonférence du vaisseau restée intacte, celle-ci, lorsqu'elle est étroite, finit par céder et la division devient complète.

Il est difficile, suivant le docteur Jones, de déterminer quelle sera l'étendue de la plaie qui pourra permettre à une cicatrice de se faire sans oblitération du calibre de l'artère, quelle étendue rendra cette oblitération nécessaire.

Béclard (1) ayant répété les expériences du docteur Jones, a pu vérifier les faits avancés par cet observateur, et il a, de plus, conclu d'une série d'expériences faites sur des chiens:

Que les piqûres et les incisions longitudinales faites aux artères de ces animaux, guérissent par les seuls efforts de la nature, soit que la gaîne celluleuse ait été conservée, soit qu'elle ait été enlevée au niveau de la lésion.

Que les incisions transversales sont toutes mortelles quand l'artère a été dénudée.

Qu'enfin, lorsque la gaîne celluleuse a été conservée, les plaies tranversales, comprenant le quart ou les trois quarts de la circonférence du vaisseau, peuvent guérir spontanément; mais qu'il survient toujours une hémorrhagie mortelle, si la moitié de la circonférence du tube est intéressée.

M. Guthrie (2) a remarqué que le resserrement du vaisseau tronqué ne s'étend pas d'emblée à toute la portion de ce vaisseau comprise entre la section et la naissance de la première collatérale, mais que ce resserrement est progressif et ne se fait d'abord remarquer que vers l'extrémité, dont l'orifice seul se resserre, de telle sorte, qu'en coupant avec des ciseaux une très petite partie de cette extrémité, on reproduit l'hémorrhagie. Il a, de plus, remarqué que le caillot interne de Jones, le bouchon de J.-L. Petit, que Gooch, Pouteau et Kirkland disent n'avoir quelquefois pas rencontré, ne concourt que d'une manière assez peu efficace à la suspension de l'écoulement du sang. M. Bérard aîné, l'a cherché plusieurs fois en vain dans des artères tronquées après l'amputation des membres.

J'ai répété, il y a environ vingt ans, les expériences de Jones et de Béclard, et les résultats que j'ai obtenus ont été à-peu-près conformes aux leurs.

Nous ne pouvons terminer l'étude des causes qui suspendent spontanément l'écoulement du sang, sans dire que de nos jours on a remis leur efficacité en question, et attribué cette suspension à des causes toutes différentes. Il est en effet à remarquer que dans les plaies d'amputation, par exemple, il suffit de lier les troncs principaux, pour empêcher le sang, auquel une multitude de voies restent encore ouvertes, de s'épancher au dehors; quelle cause s'oppose à son passage par les voies latérale? M. le professeur Velpeau (3), dans un mémoire consacré à traiter cette question, a rassemblé cinquante-neuf cas, où la suspension spontanée de l'hémorrhagie ne peut être attribuée à l'action de la ligature, puisque ce moyen n'a pas été employé; mais sur ces cas, un certain nombre se sont présentés dans des circonstances qui peuvent servir à expliquer ce phénomène. C'est ainsi que dix-huit reconnaissaient pour cause l'arrachement des membres; or, on sait que, dans ces cas, il n'y a point ordinairement d'hémorrhagie; dans d'autres, l'amputation a été faite pour une gangrène, affection qui, comme on le sait encore, est souvent accompagnée de l'oblitération des vaisseaux principaux beaucoup plus haut que le point où la mortification est limitée; on y voit aussi des amputations pratiquées pour des plaies d'armes à feu, la plupart déterminées par le boulet, enfin dans quelques autres observations relatées, on a employé soit la compression latérale, soit des applications d'agaric, de telle sorte que c'est dans le plus petit nombre seulement que l'hémorrhagie, à la suite d'amputations faites dans des conditions où rien ne pouvait faire espérer sa cessation spontanée, s'est arrêtée d'elle-même.

Il semble que, tout bien examiné, cela prouverait seulement que chez l'homme, malgré la

(1) *Mém. de la société méd. d'émulation*, t. 8, pag. 569.

(2) G. J. Guthrie. *On the diseases and injuries of arteries.* London, 1830, in-8.—Voyez l'extrait de cet ouvrage par M. Bérard aîné (Journ. univ. hebd. de méd., 1830, t. 1, p. 165.)

(3) *Recherches sur la cessation spontanée des hémorrhagies traumatiques primitives.* (Journal. universel hebdomadaire de médecine, 1830, t. 1, p. 144, 488, et t. 11, p. 57.)

moindre plasticité de son sang, les hémorrhagies dépendant de la section complète d'une artère principale peuvent s'arrêter comme chez les animaux, quoique moins souvent, si des observations faites par des hommes graves n'avaient pas appris que, dans certains cas, ce n'est ni le caillot, ni la rétraction, ni le resserrement qui mettent obstacle à l'écoulement du sang. On a déjà vu que Pouteau avait remarqué la suspension de l'hémorrhagie sur des artères pendantes à la surface de la plaie. Koch, père, de Munich (1), dit avoir constaté que liées ou non les artères restent entièrement perméables, dilatées, et le plus ordinairement vides jusqu'au lieu de leur section; depuis plus de vingt-ans il n'a pratiqué aucune ligature à la suite des amputations qu'il a faites. Il rapporte même des expériences remarquables, d'où il semble résulter que de deux artères tronquées, dont l'une a été liée et l'autre est restée libre, la guérison marchera plus vite dans la première que dans la dernière. A quoi tient dans ce cas la suspension du sang? D'autre part, Guthrie est si convaincu des ressources qu'offrent pour la suspension de l'écoulement sanguin, la formation du caillot et le resserrement de l'artère, qu'il se borne souvent à pincer pendant quelque temps, entre les doigts, les plus grosses artères, ou à placer le doigt sur leurs orifices béants pour arrêter les hémorrhagies les plus fortes.

On sent qu'il n'est point de mon sujet d'examiner les nombreuses hypothèses qui ont été successivement proposées, pour expliquer ces faits remarquables, et qui sont reproduites et discutées dans le mémoire de M. Velpeau, d'autant plus qu'aucune d'elles ne rendant compte d'une manière satisfaisante de ces faits, il faut se contenter de les enregistrer en attendant que des observations ultérieures et plus complètes viennent en donner l'explication.

Notons toutefois comme une vérité qui paraît assez démontrée aujourd'hui, que le sang arrivé au lieu de bifurcation d'une artère dont une des branches est coupée, s'engage souvent dans la branche intacte, à l'exclusion de la première.

Quelques faits récemment observés à l'Hôtel-Dieu, sont de nature à prouver que la ligature du tronc d'une artère coupée en travers entraîne non-seulement dans celle-ci la formation d'un caillot qui remonte jusqu'à la collatérale la plus voisine, mais qu'il y a également, dans cette dernière, coagulation du sang. Au bout de quelque temps le coagulum se résorbe dans la seconde d'abord, plus tard et plus lentement dans la première; alors la circulation propre au moignon est établie définitivement, l'artère principale conservant, ainsi que nous l'avons dit, le calibre nécessaire pour alimenter les petites collatérales qui en naissent jusqu'au point de la ligature.

C. *Par les artères malades.* — Jusqu'ici nous avons supposé sain le tissu des artères affectées de plaies. Quelles modifications apporteraient aux phénomènes que nous avons fait connaître, les altérations pathologiques? Les expérimentateurs se taisent à cet égard, et les faits ont encore peu parlé.

Supposons en effet qu'une artère ossifiée soit coupée en travers, se contractera-t-elle? le double caillot s'y formera-t-il? Si on abandonne à elle-même l'artère divisée, le sang qui s'en écoule s'arrêtera-t-il spontanément? Nous manquons de faits pour répondre à ces questions. Mais si, d'un côté, l'absence complète de toute rétraction du vaisseau, par suite de l'altération de ses tuniques, semble devoir entretenir l'écoulement du liquide, ne pourrait-il pas arriver que cette mauvaise disposition fût compensée par la tendance du sang, dans ce cas, à se coaguler et à oblitérer le canal du vaisseau? On connaît mieux les phénomènes locaux qui suivent l'application des ligatures dans le cas dont il s'agit. La pratique chirurgicale a prouvé qu'elles réussissent rarement, parce que les tuniques interne et moyenne, altérées dans leur texture, ne peuvent fournir leur contingent de lymphe plastique nécessaire à la consolidation, et que surtout les plaques incrustées, brisées par la ligature, se relèvent sous forme d'aspérités qui blessent la tunique celluleuse et en provoquent l'ulcération, d'où résultent presque toujours des hémorrhagies consécutives. Dans ces cas, quand on doit employer un moyen hémostatique, il faut que ce soit l'aplatissement du vaisseau, ou qu'à l'imitation de M. Roux et de Dupuytren, on engage dans le tube artériel béant un morceau de bougie ou un cylindre de sparadrap, qui soutienne les parois de l'artère et les empêche de s'affaisser et de se briser sous l'action de la ligature; alors l'oblitération du vaisseau ne peut se faire qu'à l'aide du caillot interne.

Il nous serait assez difficile de dire ce que deviendrait une artère affectée de dégénération stéatomateuse, tronquée, et abandonnée à elle-même; il est probable toutefois que l'altération de la tunique moyenne, en s'opposant à la rétraction du vaisseau, apporterait quelque obstacle à une guérison spontanée; du reste, de même que, pour l'altération précédente, l'expérience a prouvé que les artères affectées de dégénération stéatomateuse supportent mal la ligature.

Si une artère était enflammée, quel serait le résultat de sa section, en supposant qu'on l'abandonnât aux seules ressources de la nature? Nous aurons ici à distinguer deux cas: celui où

(1) *Sur l'amputation et l'omission de la ligature des vaisseaux*, Journal des progrès, tome 14.

l'intérieur du vaisseau est le siége de l'inflammation, et celui où l'inflammation affecte les tuniques externes.

Dans le premier cas, ou il ne se manifestera aucune hémorrhagie, ou la suspension spontanée du sang sera facile, puisque suivant la remarque du professeur Cruveilhier, le premier effet de l'artérite est la coagulation du sang et l'oblitération du vaisseau. Ce mode d'oblitération est fréquent dans les cas de gangrène, et il explique en partie le défaut d'hémorrhagie observé alors.

Lorsque l'inflammation siége dans les tuniques extérieures de l'artère, on conçoit que son influence sur la cessation spontanée de l'hémorrhagie doive être plutôt salutaire que nuisible par la propagation de l'inflammation qui a lieu de l'extérieur à l'intérieur. Un homme à qui on avait placé une ligature d'attente autour de l'artère carotide étant mort, on trouva dans l'intérieur de ce vaisseau un petit caillot adhérant au point correspondant à celui vers lequel la ligature avait été en contact avec ses parois.

Mais il n'en est plus de même à beaucoup près, lorsqu'il s'agit d'appliquer une ligature sur une artère enflammée ; son tissu est alors devenu friable et se laisse facilement diviser par le fil. C'est cette considération qui a engagé depuis long-temps Dupuytren et Béclard à faire rejeter les ligatures d'attente de la pratique.

Enfin si nous supposons une blessure infligée à une artère anévrysmatique, il est évident qu'alors les suites de cette blessure, en général graves, le seront cependant plus ou moins, selon que la plaie sera large ou étroite, que l'anévrysme sera ancien ou récent, que les parois de la poche anévrysmale seront tapissées d'une couche de caillots plus ou moins épaisse.

Les fastes de l'art ont conservé un certain nombre d'exemples d'anévrysmes ouverts pour des abcès; et si cette méprise malheureuse n'a pas amélioré l'état des malades, au moins la mort n'en a pas été la conséquence immédiate dans tous les cas. Quand la plaie était nette et étroite, et les parois de l'anévrysme épaisses, la guérison a pu s'opérer à l'aide de moyens fort simples. J'ai été témoin d'un fait de ce genre : un anévrysme axillaire ayant été pris pour un abcès, un bistouri à lame étroite fut plongé dans la tumeur. Un flot de sang rouge et vermeil s'échappa à l'instant le long des deux faces de la lame, qui dut pénétrer assez profondément avant d'atteindre le foyer ; on retira alors l'instrument en appuyant sur son dos plutôt que sur son tranchant, afin de ne pas augmenter l'incision. Le pouce fut appliqué sur la plaie jusqu'à ce qu'on eût préparé un emplâtre de diachylon gommé, qui fut substitué au pouce. L'écoulement de sang fut arrêté par la réunion de la plaie ; mais peu de temps après il se forma au même point une escarre, à la chute de laquelle il se fit une hémorrhagie mortelle.

Nous avons déjà dit que l'expérience avait prouvé l'insuffisance des efforts de la nature pour arrêter les hémorrhagies, lorsque les artères sont dépouillées de leur tunique celluleuse. Nous nous bornerons à mentionner, ici, que la même circonstance rend presque toujours la ligature inefficace. La tunique moyenne et l'interne se laissent couper avant que le travail nécessaire à la suspension du cours du sang ait pu s'établir dans le point correspondant.

D. *Par les veines.* — La structure des veines diffère de celle des artères sous plus d'un rapport.

Leurs parois plus minces et plus flasques sont privées du tissu fibreux qui donne aux artères leur élasticité, leur forme et leur aspect. Elles se composent seulement de deux tuniques distinctes : l'une externe fibro-celluleuse plus ferme, plus résistante, et cependant très extensible, composée de fibres longitudinales, et à laquelle les veines empruntent leur solidité ; l'autre interne, très mince, très lisse, très polie, moins friable, plus celluleuse que celle qui tapisse les artères, forme par ses duplicatures les valvules qui appartiennent exclusivement à cet ordre de vaisseaux sanguins. Il suffit de rappeler les précautions que l'on est obligé de prendre pour faciliter l'écoulement du sang à la suite de la phlébotomie pour faire pressentir que les hémorrhagies veineuses sont susceptibles de s'arrêter d'elles-mêmes, et les suites de cette opération prouvent encore que les plaies des veines peuvent guérir sans que le calibre de ces vaisseaux soit oblitéré.

On sent toutefois qu'il n'en peut pas toujours être ainsi. Voici ce que les expériences de Travers, qui a spécialement étudié les veines sous ce rapport, ont fait connaître.

Quand on pique une veine dans laquelle le cours du sang est libre, ce liquide ne s'échappe que difficilement par la petite plaie, et en peu de temps la cicatrisation est opérée.

De semblables phénomènes s'observent quand on fait aux parois d'une veine, dans les mêmes conditions, une incision longitudinale ou oblique de peu d'étendue; seulement il y a quelquefois un léger intervalle entre les lèvres de la plaie, et il s'en échappe en petite quantité du sang qui se répand au-dehors, si la veine est superficielle, ou bien, si la veine est profonde, s'infiltre dans le tissu cellulaire ambiant, où il est bientôt résorbé : la cicatrice est plus apparente que dans le cas précédent, quoique encore linéaire. Mais si la plaie, longitudinale ou oblique, a une grande étendue, le liquide s'en échappe d'abord avec abondance ; puis, après un certain temps, il se forme sur l'ouverture un caillot ovalaire et aplati qui

l'oblitère, tandis qu'une certaine quantité de sang s'extravase dans le tissu cellulaire voisin et dans la gaîne celluleuse, où il se coagule : et il résulte de là un second caillot extérieur aplati aussi, qui entoure le vaisseau. Au bout de vingt-quatre heures, les lèvres de la plaie, qui a pris une forme ovale, sont renversées en dehors et adhèrent au caillot sans être rouges et sans sécréter de lymphe coagulable. Bientôt de ses bords part une expansion membraneuse fortement unie à la face interne du caillot protecteur qui s'organise assez rapidement, puisque après douze jours on y peut découvrir à la loupe des vaisseaux sanguins en assez grand nombre. Après la formation de cette cicatrice les caillots sont absorbés.

Lorsqu'on fait à une veine une section transversale, le sang s'échappe en plus ou moins grande abondance ; et si la solution de continuité dépasse la moitié de l'épaisseur de la veine, l'hémorrhagie s'arrête difficilement ; le liquide s'épanche en grande quantité dans la gaîne celluleuse du vaisseau et dans le tissu ambiant, et forme un caillot qui s'interpose entre l'ouverture de la veine et celle de la plaie extérieure ; mais les phénomènes de la cicatrisation sont les mêmes que pour les artères. Dans tous les cas, l'étendue du caillot qui bouche la plaie, et celle de la membrane de nouvelle formation qui fait les frais de la cicatrice, est proportionnée à l'écartement des bords de la solution de continuité.

Ces remarques s'appliquent à la cicatrisation des plaies qui ont une étendue égale à celles qui résultent de la saignée soit chez l'homme, soit sur le cheval.

Sur cet animal, la membrane de nouvelle formation reste plus unie, plus transparente et plus extensible que les tuniques du vaisseau ; elle se laisse distendre par le sang et forme ainsi des espèces de poches, sur lesquelles les médecins vétérinaires recommandent de ne point faire de saignée, parce qu'il est difficile ensuite de se rendre maître du cours du sang. Sur l'homme, cet effet n'a été que rarement observé. Cette membrane paraît continue avec la tunique interne.

Ainsi, ce qui caractériserait, suivant Travers (1), la cicatrisation des plaies des veines, et la distinguerait du mode de cicatrisation des plaies des artères, c'est que les plaies des veines dont les bords sont en contact se réunissent par première intention : d'abord, à l'aide d'un caillot qui s'interpose entre les lèvres de la solution de continuité, sans faire saillie dans la cavité du vaisseau, puis ensuite à l'aide d'une membrane qui s'organise.

(1) *Sur les blessures et les ligatures des veines.* Œuvres chirurgicales d'Astley Cooper et de B. Travers. Paris, 1829, t. II, p. 68 et 69.

Pendant tout le temps que dure ce travail on n'aperçoit pas de trace d'inflammation, si ce n'est la tuméfaction des lèvres de la plaie dans l'intérieur du vaisseau. Travers n'a jamais vu de rougeur sur les bords de la solution de continuité qu'à l'époque où la membrane de la cicatrice devient vasculaire. Il n'a jamais vu de lymphe coagulable dans le voisinage du vaisseau.

Ces phénomènes ont été plus clairement décrits par Liston (2). Selon lui, bien qu'il avoue que le tissu qui compose les parois des veines soit moins propre à la sécrétion au moyen de laquelle la cicatrisation s'accomplit, la réunion de la plaie, lors même qu'elle a lieu par première intention, s'opère par le moyen d'un épanchement de lymphe coagulable.

Quand la plaie a une certaine longueur, on voit au bout de quelque temps ses lèvres, en circonscrivant le caillot qui occupe l'ouverture et qui avait temporairement arrêté l'hémorrhagie, se gonfler un peu, devenir plus vasculaires ; elles semblent alors acquérir une propriété de sécrétion en vertu de laquelle se développe une substance membraneuse d'une extrême ténuité, et l'étendue de cette membrane augmente jusqu'à ce qu'elle forme une expansion qui recouvre toute la surface du caillot.

La section transversale et complète des troncs veineux a été employée comme méthode curative des varices. On sait que dans ce cas les dilatations s'effacent peu-à-peu et finissent par disparaître. Mais nous ne connaissons aucune expérience qui ait eu pour objet de faire connaître le mécanisme de la guérison dans les deux bouts du vaisseau.

M. Travers a de plus expérimenté les effets des ligatures appliquées autour des veines. Au lieu de se laisser sillonner circulairement, au niveau du fil comme les artères, les veines se plissent longitudinalement au-dessus et au-dessous du point lié. La tunique interne n'est pas divisée par l'action de la ligature qui laisse seulement une empreinte circulaire que l'on pourrait prendre pour une solution de continuité, si l'on se bornait à un examen superficiel. La tunique externe paraît seule coupée. La partie du vaisseau qui correspond au cœur se vide et revient sur elle-même. La partie opposée est distendue par le sang jusques auprès du point de constriction. Ici, ce liquide forme un coagulum de consistance et d'aspect variable, de plusieurs pouces d'étendue, qui devient bientôt adhérent aux parois du vaisseau.

A l'extérieur, autour de la ligature, se dépose de la lymphe coagulable, qui infiltre le tissu cellulaire ambiant. Vers le neuvième jour, les

(2) Liston, *Elements of Surgery*. London, 1831, t. I, in-8.

tuniques de la veine commencent à s'altérer, et du quinzième au vingt-cinquième jour, le fil se détache et tombe. Les extrémités du vaisseau se rétractent et laissent entre elles un intervalle plus ou moins considérable, bien qu'elles restent d'abord adhérentes au tissu cellulaire épaissi par les dépôts de lymphe coagulable.

A la suite d'une expérience faite sur un jeune cheval, et où la ligature ne s'était détachée qu'au vingt-cinquième jour, M. Travers, après avoir constaté les résultats sus-indiqués, reconnut de plus que les extrémités de la veine n'avaient point éprouvé d'autre rétrécissement que celui qui résulte de l'action même de la ligature. En examinant avec soin l'état de la membrane interne, après avoir séparé avec précaution les caillots qui obstruaient l'un des bouts, il ne put reconnaître aucun épaississement des parois ni aucun vestige d'inflammation dans l'une ni dans l'autre partie de la veine.

Suivant Liston (1), l'adhésion de la tunique interne à elle-même n'a lieu qu'au moment où elle est divisée par l'ulcération produite par la ligature. C'est alors seulement que les bords opposés peuvent s'unir entre eux, et que le vaisseau s'oblitère. Nous terminerons en ajoutant que ces divers modes d'action sur le système veineux ont été employés chez l'homme dans des vues thérapeutiques, et que souvent ils ont déterminé des phlébites graves, ou même mortelles.

E. *Artérioso-veineuses.* — Lorsqu'une artère et une veine accolées sont lésées simultanément, et que les blessures ne se correspondent pas, les phénomènes anatomiques doivent se passer pour chacune d'elles, comme si l'autre était restée intacte.

Lors, au contraire, que les ouvertures des deux vaisseaux se correspondent; ou bien le sang passe immédiatement de l'une dans l'autre, et il s'établit une varice anévrysmale, ou bien les vaisseaux conservant une certaine distance entre eux, le sang de l'artère s'épanche dans un foyer intermédiaire avant de pénétrer dans la veine, et il se forme un anévrysme variqueux. On manque d'observations propres à connaître les phénomènes organiques qui président à ce résultat.

§ II.—Hémorrhagies traumatiques consécutives.

A. *Capillaires.* — On sent que les caractères anatomiques des hémorrhagies capillaires consécutives, doivent varier suivant la cause qui les produit. Bornons-nous à dire ici dire que ces caractères sont presque toujours ceux d'une congestion intense dans une plaie qui suppure, ou ceux d'un embarras dans la circulation veineuse, ou ceux enfin de l'affection scorbutique.

(1) Liston, *Elements of Surgery*, part. 1, p. 327.

B. *Artérielles.* — Ce qui distingue essentiellement ces hémorrhagies de celles qui sont primitives, c'est qu'elles sont toujours fournies par des artères enflammées, et dans lesquelles ont déjà eu lieu, presque toujours, soit naturellement, soit par art, d'une manière plus ou moins complète, les phénomènes locaux qui accompagnent la suspension de l'hémorrhagie; on voit toujours le tissu des artères épaissi par l'épanchement de la lymphe plastique entre les tuniques devenues plus fragiles dans une étendue variable, à partir de la solution de continuité; presque toujours encore on trouve que le caillot a été détaché en partie ou en totalité, par l'effort du sang, soit que dans une artère tronquée près de la naissance d'une grosse collatérale, il se soit trouvé trop court pour résister à l'impulsion du cœur qu'une infinité de causes peuvent d'ailleurs augmenter d'une manière anormale; soit qu'une ligature, placée sur une artère malade, ossifiée, stéatomateuse ou seulement dénudée de sa tunique externe, ait entamé, par ulcération ou par gangrène, les parois du tube, avant que le travail nécessaire à la suspension définitive du sang ait pu s'établir solidement.

Dans quelques cas cependant, l'hémorrhagie ayant apparu pour la première fois sous forme consécutive, on ne voit pas aussi clairement les traces du travail dont nous parlons, parce qu'il n'a pas eu lieu; et cependant ces traces existent en partie, parce que, dans ces cas, l'hémorrhagie tenant ordinairement à la chute d'une escarre ou à l'altération du vaisseau, elle est toujours précédée de phénomènes inflammatoires dans les tuniques de l'artère et que ces phénomènes ont rarement lieu sans que quelques caillots adhérens se soient formés d'avance vers le point correspondant à la solution de continuité. C'est ainsi qu'à la suite des hémorrhagies si fréquentes après les plaies d'armes à feu, ou de celles que provoquent souvent les ligatures d'attente, on rencontre ordinairement en ouvrant les artères qui les ont fournies, un caillot plus ou moins bien organisé, vis-à-vis l'ouverture qu'a laissée la chute de l'escarre, ou qu'a produite l'ulcération, caillot qui semble établi dans la prévoyance de l'accident, mais qui s'est trouvé impuissant pour le prévenir, et a été décollé dans une partie de sa circonférence.

Un fait important à établir dans tous ces cas et qui est constant, c'est la friabilité que l'état inflammatoire communique aux tissus, et notamment aux tuniques de l'artère, et qui, s'étendant toujours à quelque distance du lieu affecté, établit d'une manière positive l'indication de découvrir, autant que cela se peut, l'artère dans un autre lieu, quand on veut arrêter l'hémorrhagie consécutive au moyen d'une ligature, pour ne pas s'exposer à voir

l'accident se renouveler par la section trop prompte du vaisseau.

C. *Veineuses.* — La difficulté avec laquelle la membrane interne des veines liées adhère à elle-même, explique les hémorrhagies veineuses consécutives qui ont lieu dans quelques cas. Mais on sent que les caractères anatomiques doivent peu différer de ceux que nous avons indiqués comme présidant à la guérison, puisque une hémorrhagie consécutive n'est en quelque sorte qu'une guérison interrompue; nous nous dispenserons de les reproduire ici.

L'hémorrhagie veineuse consécutive tient souvent à un obstacle à la circulation du sang veineux, et c'est au loin qu'il faut dans quelques cas le chercher. Ce serait nous entraîner hors de notre sujet que d'entreprendre de décrire ici toutes les modifications organiques autres, qui peuvent entraver la circulation veineuse. Enfin, nous ne devons pas davantage nous occuper des cas où l'hémorrhagie veineuse se produit, par exemple, comme accident consécutif d'une plaie d'arme à feu, parce qu'elle ne survient qu'à l'occasion d'une phlébite ayant pour but l'élimination de l'escarre, et qu'alors ce sont les phénomènes de la phlébite que l'on observe.

§ III.—Des épanchemens du sang.

Lorsque le vaisseau blessé est situé profondément au milieu d'une masse celluleuse facilement perméable, lorsque le trajet qui conduit de la plaie du vaisseau à la plaie extérieure est sinueux, lorsque la plaie des tégumens est très étroite par rapport à celle du vaisseau, lorsque la plaie du vaisseau est elle-même très étroite et ne laisse échapper le sang que par gouttes, enfin, lorsqu'il n'existe pas de plaie extérieure, ou qu'elle a été cicatrisée, le vaisseau continuant de fournir du sang, et celui-ci ne passant pas dans une veine voisine, ce liquide s'épanche à l'intérieur.

Quand la plaie communique en même temps avec quelque surface muqueuse, le sang est rejeté au dehors, immédiatement, et en conservant les caractères qu'il offre en sortant des vaisseaux qui le fournissent, s'il est versé dans un point rapproché de l'extérieur; plus tard, il est altéré par l'action des organes au sein desquels il pénètre, lorsqu'il rencontre quelque réservoir qui, comme l'estomac, ou l'intestin par exemple, lui permet de s'accumuler. Quand il est versé dans une séreuse, et que la source en est arrêtée, il se rassemble, en général, en une masse qui détermine par sa présence une inflammation adhésive entre les organes qui sont sur ses limites, et se trouve ainsi circonscrite et en quelque sorte isolée; il se développe même dans quelques cas autour de cette masse un véritable kyste plus ou moins bien organisé, et qui paraît destiné à repomper le liquide et à le reporter dans le torrent de la circulation.

Lorsqu'enfin le sang est versé dans le tissu cellulaire, il constitue, ou des infiltrations, ou des collections qui présentent des phénomènes locaux intéressans plus compliqués et non moins nécessaires à connaître.

Le sang qui constitue les épanchemens dans le tissu cellulaire, est fourni par les capillaires, par les veines, ou par les artères. Il est rare qu'une plaie par instrument tranchant, soit l'occasion d'une hémorrhagie par les capillaires, et, par conséquent, d'un épanchement de sang. Le plus souvent, c'est une contusion qui a détruit la continuité des organes et qui est la cause de l'accident qui nous occupe.

Le sang versé par les capillaires s'épanche de tous les points des surfaces divisées, pour se verser dans le foyer commun. Si la texture de la partie est serrée et que l'épanchement se soit fait rapidement, le sang s'infiltre dans le tissu cellulaire qui entoure la solution de continuité extérieure et lui communique une dureté remarquable.

Les altérations anatomiques que l'on observe dans ces cas sont variables comme l'ancienneté du mal. Peu de temps après l'accident, on trouve au centre d'une cavité formée par l'écrasement des tissus dont les lambeaux flottent à la surface de ses parois, une masse plus ou moins considérable de sang homogène et coagulé. Les parties qui entourent cette cavité son infiltrées jusqu'à une certaine distance et elles ont acquis une très grande dureté. Plus tard, la surface des parois de la cavité accidentelle prend un aspect plus lisse, semblable à celui de certains kystes.

Alors l'épanchement est exactement circonscrit; presque toujours en même temps, les duretés qui l'environnaient ont disparu à cette époque. La masse de sang épanché a diminué, et sa consistance a augmenté par l'absorption de sa partie la plus fluide. Le tissu cellulaire environnant se trouve infiltré au loin, d'un liquide alternativement rougeâtre, jaunâtre, ou tout-à-fait jaune, et cette coloration est répandue dans tous les sens comme par une sorte d'imbibition. Si le foyer est superficiel, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané que l'infiltration se fait remarquer; alors la peau est marbrée, dans toute l'étendue de l'infiltration des teintes alternativement rouge-livide, rouge-brun, bleuâtre, puis verdâtre qui appartiennent à l'ecchymose. Plus tard encore on ne trouve plus au centre de l'épanchement qu'un caillot fibreux et dur, et quelquefois très noir, d'autres fois diversement coloré. Dans d'autres circonstances, on trouve à l'entour de ce caillot une couche de sérosité qui en délaie la surface: quelquefois même ce liquide ne présente plus

qu'une masse séreuse au milieu de laquelle nagent quelques caillots fibrineux. Si l'on examine les parties après un certain temps, variable comme l'étendue de l'épanchement, le degré de la contusion, l'activité vitale du sujet, mais qui en général ne dépasse pas cinq ou six semaines, on trouve que l'ecchymose externe a disparu ainsi que le caillot central, et que les parois de la poche sont réunies et confondues.

Toutefois dans d'autres cas, on reconnaît des traces d'inflammation évidente dans les parois du foyer sanguin, et le sang est remplacé par un liquide purulent contenant des caillots en suspension, en un mot, il s'est formé ce que M. Larrey a appelé un abcès traumatique ou sanguin.

Enfin, dans d'autres circonstances, on trouve que le noyau fibrineux central est resté dur et réfractaire à l'action des absorbans, qu'il a changé d'apparence et de couleur; que le kyste qui l'environne s'est aussi mieux organisé, et tels sont les changemens survenus dans quelques cas, dans l'aspect de ces productions morbides qu'il est souvent difficile de reconnaître les restes d'un ancien foyer sanguin. M. Velpeau ne paraît pas éloigné de croire que beaucoup de productions morbides sont le résultat de transformations successives du sang. Les corps étrangers dans les articulations, les kystes du poignet contenant des concrétions, certaines tumeurs fibreuses, pourraient bien, suivant ce professeur, être rangés dans cette catégorie. Ce qui paraît certain, c'est que certaines tumeurs encéphaloïdes semblent n'avoir pas d'autre origine qu'un noyau fibrineux dégénéré.

Le kyste lui-même subit, indépendamment du sang qu'il renferme, certaines transformations remarquables. Il peut devenir fibreux, cartilagineux et même osseux, et renfermer encore du sang reconnaissable à sa couleur et à son aspect.

Lorsque une veine a été blessée dans des conditions favorables à la formation d'un dépôt sanguin, et que l'hémorrhagie est arrêtée, on trouve que le trajet de la plaie contient du sang noir coagulé; le liquide a repoussé en partie les parois de ce trajet pour se faire un foyer, et il s'est en partie infiltré dans les tissus voisins, sur la peau, autour des lèvres de la plaie, on remarque un trombus de forme arrondie ou ovale. A partir de la plaie de la peau jusqu'à celle de la veine, on trouve au centre de la masse coagulée des caillots plus mous puisqu'ils correspondent au trajet qu'a suivi le sang, et qu'ils sont formés par la partie du liquide sortie la dernière. Si on lave cette partie centrale, les caillots demi-liquides qui la constituent sont détachés, et le trajet de la plaie est mis à découvert.

Si c'est une artère dont le liquide a fourni le sang épanché, celui-ci est encore répandu dans le trajet de la plaie, dont il a refoulé les parois pour se creuser un foyer, puis infiltré dans les tissus voisins. Sa couleur est d'un rouge brun sous la peau, aux environs de la blessure, et forme un trombus beaucoup plus apparent que dans le cas précédent; ce trombus est continu à la masse sanguine épanchée et infiltrée qui, d'autre part, prend son origine par un caillot de couleur brun-noirâtre, entre les deux bouts de l'artère, quand elle a été complètement divisée, et dans la cavité même du vaisseau et dans sa tunique celluleuse, quand elle n'est qu'entamée latéralement; il va sans dire que la plaie offrant au sang la voie la plus facile, c'est dans son trajet qu'il s'écoulera d'abord; à moins de causes particulières, ce trajet formera le point central de l'épanchement ou de l'infiltration; les caillots qui s'y trouveront seront, de même que dans le cas précédent, formés par un sang plus nouvellement sorti du vaisseau; ils seront conséquemment plus rouges et plus liquides que ceux qui se trouvent à la périphérie de la collection, et qui sont formés par le sang sorti dès les premiers instans de la blessure artérielle. Si l'on coupe en travers cette masse de caillots, on trouve au centre de toutes ces tranches *un point plus ou moins large*, circulaire, d'un brun-noirâtre, rempli par un caillot rouge, et si on enlève ce caillot on trouve un trou bien distinct. Il n'est pas besoin de dire que ce caillot s'étend de la plaie de la peau à celle de l'artère en suivant le canal central que M. Amussat (1) appelle le canal du caillot et qu'il regarde comme un guide certain pour conduire à la plaie de l'artère.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'effusion du sang est arrêtée, l'artère ou la veine devient le siége d'un travail de cicatrisation que nous avons décrit plus haut. La plaie extérieure se ferme, et les parois du foyer sanguin s'organisent en une sorte de surface absorbante, destinée à repomper le liquide, ainsi que nous avons dit que cela avait lieu à l'occasion des épanchemens de sang provenant des capillaires déchirés, et par le même mécanisme.

Lorsqu'à la suite de la blessure d'une artère, le sang s'échappe goutte à goutte et comme en suintant du tube vasculaire, il se forme incontinent une enveloppe aux dépens du tissu cellulaire de la partie, et la maladie n'est plus un épanchement sanguin, mais un anévrysme.

ARTICLE IV.

CAUSES DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES.

Tous les agens extérieurs capables de détruire

(1) Nouvelles recherches expérimentales sur les hémorrhagies traumat. (*Mém. de l'Acad. roy. de Méd.*, 1835, t. v. p. 68.)

la continuité de nos tissus, peuvent produire des hémorrhagies. C'est ainsi qu'on les voit être l'effet de l'action des instrumens piquans, tranchans, contondans, de celles des corps lancés par la poudre à canon, des tractions violentes qui arrachent une partie du corps, de l'application du feu et des caustiques.

Chacune de ces causes imprime à l'hémorrhagie quelques caractères particuliers.

Elle est rare après les piqûres, lorsque celles-ci sont produites par des corps simplement piquans comme des aiguilles, quand bien même ces agens auraient intéressé un vaisseau artériel ou veineux de gros calibre; mais elle est plus fréquente si cet instrument est en même temps aigu et tranchant à son extrémité. Dans ces cas, si le trajet de la plaie a une certaine profondeur, on peut voir survenir les phénomènes de l'anévrysme faux consécutif, et même ceux de l'anévrysme faux primitif.

Les instrumens tranchans sont de toutes les causes vulnérantes celles qui produisent le plus facilement les hémorrhagies les plus abondantes; ce sont eux qui font ces plaies nettes et largement ouvertes, qui procurent au sang un libre écoulement au-dehors, et dont la forme rend difficiles les infiltrations et les épanchemens.

Les corps orbes produisent plus souvent des bosses sanguines ou des épanchemens de sang résultant de la division des capillaires, que des ruptures d'artères ou des plaies. Lorsqu'ils agissent néanmoins sur des parties qui sont soutenues par des os, ils peuvent diviser des vaisseaux sans entamer la peau, et alors ils occasionent ces bosses sanguines dans lesquelles on reconnaît des battemens apparens, ou bien ils produisent des plaies, et dans ces cas encore, ils peuvent couper des vaisseaux en travers; mais souvent alors les orifices de ceux-ci, mâchés, inégaux, quelquefois réduits en escarre, se prêtent mal à la sortie du sang, et l'hémorrhagie ne tarde point à s'arrêter. Dans d'autres circonstances, les corps contondans ne déterminent pas immédiatement la section des parois vasculaires; ce n'est qu'après quelque temps qu'apparaissent pour la première fois, et comme phénomènes consécutifs, des hémorrhagies qui sont dues à la séparation d'escarres résultant d'une forte contusion sans solution de continuité immédiate des parois artérielles.

On dit généralement que les plaies d'armes à feu ne saignent pas: c'est une erreur. Elles saignent au premier moment, lors même qu'elles n'intéressent aucun vaisseau d'un calibre suffisant pour fournir un jet. Elles saignent surtout, et abondamment, quand elles intéressent un tronc vasculaire. L'une des causes qui ont fait admettre cette idée erronée, c'est que la plupart des individus auxquels une grosse artère a été ouverte restent sur le champ de bataille, parce qu'ils meurent avant qu'on ait eu le temps de leur porter secours. La mort est quelquefois très prompte dans ces cas: un de mes camarades tomba frappé à l'aine d'un coup de feu qui lui ouvrit l'artère iliaque à son passage sous l'arcade crurale; aller à lui, le déshabiller pour découvrir la blessure qu'il indiquait, fut l'affaire d'un instant, et cependant il expira avant que l'on pût placer un doigt sur la plaie pour suspendre l'écoulement du sang. On ne voit donc en général que les blessés chez lesquels l'hémorrhagie s'est suspendue. Mais que l'on se rappelle les épanchemens quelquefois énormes de sang qui se sont faits au sein des parties, le sang qui souille les vêtemens des blessés, leur pâleur, l'état de demi-syncope dans lequel ils sont souvent plongés, et qui offre une des formes de ce que l'on appelle *stupeur générale;* que l'on se rappelle enfin que les plaies d'armes à feu sont souvent compliquées de déchirures dont les surfaces n'ont pas été mises en contact avec le projectile, et l'on restera convaincu que ces plaies sont, comme celles qui sont produites par d'autres agens, susceptibles de donner lieu à des hémorrhagies graves.

Ce qu'il y a de vrai, c'est que, plus souvent qu'à la suite des piqûres, des incisions et des plaies contuses ordinaires, on voit les hémorrhagies dépendant des plaies d'armes à feu se suspendre d'elles-mêmes, parce que les capillaires violemment froissés, se crispent et cessent de fournir; parce que les artères dilacérées présentent au sang des ouvertures mâchées, à bords ou à surfaces inégal, bien propres à entraver sa marche et à favoriser la formation des caillots; parce que, enfin, les artères sont souvent arrachées; et nous allons voir que, dans ces cas, une disposition toute particulière de la tunique externe suspend efficacement le cours du sang. Mais souvent cette suspension n'est que temporaire, et au moment où l'inflammation éliminatoire sépare les escarres, l'hémorrhagie reparaît ou apparaît pour la première fois. Guthrie fait remarquer avec beaucoup de raison que de tous les genres de plaies, celles qui résultent d'un coup de feu sont les plus sujettes à produire des hémorrhagies consécutives.

Les plaies par arrachement saignent aussi d'abord; et ce Samuel Wood, qui eut le bras et l'épaule arrachés par l'aile de son moulin, tomba à vingt pas de sa demeure, épuisé par la perte de son sang. Le premier effet de l'arrachement des membres est donc une hémorrhagie, puisqu'il faut quelque temps pour que la tunique externe, rompue plus loin que les autres, et allongée outre mesure, puisse revenir sur elle-même et se tourner en spirale pour former la voie au sang; alors seulement l'hé-

morrhagie s'arrête pour ne plus reparaître.

Enfin l'action du feu ou des caustiques peut, dans quelques circonstances, occasioner des hémorrhagies. On voit quelquefois, au moment où l'on applique le cautère actuel sur une surface saignante, à côté d'une branche vasculaire, celle-ci fournit tout-à-coup un jet provenant de la destruction d'une de ses parois par l'effet du feu. Quelquefois aussi ce phénomène tient tout simplement à l'appel des fluides déterminé par l'action irritante du calorique sur la surface traumatique, et par suite de laquelle le sang s'échappe par de nouveaux orifices, à mesure que l'on oblitère par la cautérisation ceux qui fournissaient auparavant.

Plus encore que les plaies par armes à feu, celles qui sont le résultat de l'action du feu ou des caustiques ne sont guère susceptibles que d'hémorrhagies consécutives.

Nous n'avons dû mentionner ici que les causes dites efficientes. Il est bien entendu que les conditions d'âge, de tempérament, d'idiosyncrasie, qui ont été indiquées précédemment, ont ici toute leur valeur pour favoriser ou contrarier en partie l'action des causes directes.

ARTICLE V.

Symptômes des hémorrhagies traumatiques.

§ Ier. Primitives.

A. *Capillaires.* — Lorsque dans une plaie les vaisseaux capillaires sont seuls intéressés, le sang qu'ils fournissent s'écoule uniformément, et, comme on le dit, en nappe, de toute la surface de la solution de continuité, plus facilement pourtant de ceux qui sont formés par des tissus très vasculaires, que de ceux qui correspondent à des tissus dépourvus de vaisseaux et peu riches sous ce rapport.

B. *Artérielles.* — Quand tous les points de la surface traumatique sont accessibles à la vue, l'uniformité de l'écoulement, la couleur du sang, reconnaissable à son aspect artériel, sont des caractères suffisans pour reconnaître sa source. Lorsqu'il s'écoule au sein des parties, il ne produit plus que les signes de l'épanchement que nous examinerons plus tard.

Dans le cas où une artère d'un certain calibre ayant été ouverte, son orifice correspond à la surface de la plaie, le sang qu'elle fournit s'élance de la blessure en jets vermeils, continus, mais agités de saccades isochrones aux battemens du pouls et qui correspondent à la systole des ventricules. Quand la partie dans laquelle se rend le vaisseau tronqué présente une surface comme celle d'une plaie d'amputation, l'écoulement du sang s'arrête tout-à-fait si on exerce sur le trajet du vaisseau une compression suffisante pour y interrompre la circulation. Si la partie, à laquelle se distribuait l'artère au-delà de sa section, est conservée, on suspend souvent encore l'écoulement du sang, mais pas d'une manière aussi complète, et il n'est pas rare de voir le liquide reparaître et s'échapper, non plus par jets, mais soit en nappe continue, soit par des espèces d'ondulations isochrones aux battemens du cœur; il revient alors du bout inférieur du vaisseau où le versent les anastomoses. Quand celles-ci sont très libres, comme par exemple à la partie inférieure de l'avant-bras, le liquide reparaît sur-le-champ, ou pour mieux dire il ne cesse pas de couler en petite quantité, et il est rouge et vermeil; quand au contraire le sang est obligé de passer par les divisions capillaires pour revenir dans la partie inférieure de l'artère, il sort en bavant et présente la couleur noire et l'aspect du sang veineux.

Si l'artère ayant été incisée seulement dans une partie de sa circonférence et pouvant par conséquent transmettre encore aux organes auxquels elle se distribue une partie du sang qu'elle reçoit, on la comprime entre la blessure et les extrémités, alors le jet du sang venant du bout cardiaque augmente de force et les saccades sont plus prononcées.

Ces caractères sont constans, toutes les fois que le sang en sortant du vaisseau trouve un chemin libre pour arriver au dehors. Mais plusieurs circonstances peuvent cependant les modifier. On sent, par exemple, que si le malade était dans un état voisin de l'asphyxie, le sang, même celui qui s'écoulerait par le bout cardiaque, ne présenterait plus sa couleur rouge caractéristique.

Quand les mouvemens du cœur s'affaiblissent par suite de la perte de sang, le jet est moins fort, mais les saccades restent évidentes jusqu'à la fin; il arrive même quelquefois que le liquide ne sort plus que par jets faibles, interrompus et toujours isochrones aux contractions affaiblies et intermittentes du ventricule gauche du cœur.

Il peut encore arriver que même à la surface d'une plaie accessible de toutes parts à la vue, une artère tronquée complètement et fournissant du sang, ne le projette pourtant pas en jets. Cela tient ordinairement à la rétraction du vaisseau qui, n'arrivant pas jusqu'au niveau de la surface traumatique, se trouve enfermé entre deux parties saillantes qui dévient ou oblitèrent plus ou moins son orifice, décomposent le jet qui s'en échappe, et le forcent à se répandre en largeur au lieu de s'élever en colonne; toutefois, si le vaisseau est peu rétracté, on peut, en visitant avec soin les anfractuosités de la plaie, découvrir son orifice et rendre au jet du liquide son caractère avec sa liberté.

Mais dans quelques circonstances, la plaie extérieure est très étroite ou bien le trajet qui

conduit à celle du vaisseau est très anfractueux, ou bien enfin quand l'artère a été lésée par le fragment d'une fracture, ou déchirée dans les efforts de réduction d'une luxation, ainsi que MM. Flaubert et Gibson en ont fait connaître des exemples, il n'y a pas de plaie aux tégumens, et, dans ces cas, ou bien le sang ne s'écoule que difficilement au dehors, ou bien il reste nécessairement renfermé au sein des parties : il s'infiltre alors suivant le mécanisme indiqué plus haut, ou s'épanche dans le tissu cellulaire, et forme ce qu'on appelle improprement un anévrysme faux primitif, ou diffus. Quand il n'existe pas d'ouverture aux tégumens, le liquide suit d'abord le trajet de la gaîne celluleuse du vaisseau ouvert; mais si celui-ci est d'un gros calibre il envahit bientôt la totalité de la partie. Celle-ci devient rapidement volumineuse, pesante, tendue, et prend une couleur marbrée et livide; si on la palpe, on reconnaît bientôt qu'elle est agitée par des secousses intestines, par des battemens plus ou moins profonds, réguliers, isochrones à ceux du pouls; ces battemens sont d'autant plus distincts que la tension est moins considérable. Ordinairement le point qui forme le centre de la tuméfaction du côté du vaisseau, et qui correspond à celui par où le sang s'en échappe, est plus élevé, moins compacte, plus fluctuant que le reste de la tumeur; on y sent plus distinctement les battemens; si on place le doigt sur ce point de manière à le déprimer, et que l'on regarde de côté en prenant au-delà du doigt un point de mire immobile, on voit assez souvent le doigt s'élever et s'abaisser alternativement à chaque battement de la tumeur, souvent encore, les mains appliquées à plat sur ce point, perçoivent une sorte de frémissement formé par la collision de la colonne de sang contre les bords de l'ouverture, et contre les couches de liquide déjà épanché qu'il refoule du centre à la circonférence. L'auscultation peut aussi dans ces cas faire entendre un bruissement plus ou moins fort, et de nature variable.

Quand il y a une plaie, comme nous avons supposé que celle-ci est étroite, qu'elle n'est pas parallèle à la plaie du vaisseau, que celui-ci est profondément placé, il résulte de toutes ces circonstances que le sang ne s'en échappe ordinairement que par intervalles, par l'effet de la contraction d'un muscle ou d'une pression extérieure, ou seulement par suite de la réaction des parois du foyer, lorsqu'elles se trouvent trop distendues. Quelquefois c'est en nappe, d'autres fois, par un jet, que le liquide s'échappe, et suivant le temps qu'il a séjourné au milieu des parties, il est rouge et encore liquide, ou brun et coagulé en caillots, en totalité ou en partie.

Les phénomènes, qui viennent d'être décrits, n'appartiennent pourtant pas à toutes les lésions d'artères profondément situées. Pour qu'ils se produisent, il faut que le vaisseau blessé soit d'un certain volume, et que la plaie, qui lui a été faite, ait assez de largeur pour que le sang en sorte avec facilité. Quand ces deux conditions ne se rencontrent pas, les phénomènes sont nécessairement modifiés et se développent d'une manière moins brusque. Lorsque le vaisseau est d'un petit volume, ou quand la blessure est très étroite, le sang ne sortant que goutte à goutte, ne s'infiltre pas dans le tissu cellulaire ambiant, mais s'épanche dans une poche qu'il se forme aux dépens de ce tissu dont il applique successivement les lames les unes aux autres; et ce n'est souvent que lorsqu'un certain temps s'est écoulé depuis la blessure, que l'on s'aperçoit de l'existence de la tumeur. Celle-ci est placée sur l'artère, circonscrite, arrondie; elle disparaît en partie par l'effet de la pression, elle est agitée par des mouvemens alternatifs d'expansion et de resserrement isochrones aux battemens artériels, mouvemens qui cessent aussitôt que l'on comprime l'artère entre la tumeur et le cœur, et qui deviennent, au contraire, beaucoup plus véhémens quand on comprime le vaisseau entre la tumeur et les parties auxquelles il distribue ses rameaux. Cette affection est un anévrysme faux circonscrit, et il n'entre pas dans mon sujet d'en traiter plus longuement.

L'expérience de tous les jours démontre qu'il faut peu compter sur les efforts de l'organisme pour mettre les blessés à l'abri des accidens graves auxquels les exposent les blessures des artères. Malgré les exemples de guérison spontanée qui ont été cités plus haut, ces cas sont rares, exceptionnels, et, le plus ordinairement, si l'art n'intervient, l'hémorrhagie continue, et lors même que le sang, au lieu de s'écouler au dehors, se dépose au dedans, comme il n'en est pas moins hors des voies de la circulation, le malade éprouve la série des accidens dont il a été parlé, et meurt ordinairement dans l'espace de peu de temps. D'autres fois, surtout lorsqu'il s'agit de la lésion d'une grosse artère, l'infiltration sanguine devient si considérable, et le tension si énorme, que les parties suffoquées en quelque sorte par la compression qu'elles éprouvent, et recevant d'ailleurs peu de sang par les dernières distributions du vaisseau, ne tardent pas à se gangréner. On a vu la mortification survenir au bout de quelques heures (1).

Dans certains cas pourtant, l'hémorrhagie se suspend par suite d'un travail organique dont le mécanisme a été exposé, et la maladie se réduit aux phénomènes d'un dépôt sanguin.

(1) Hogdson. *Maladies des artères et des veines*. Paris, 1819, t. II, p. 347.

C. *Veineuses.* —Plus nombreuses, plus superficielles, et par conséquent moins abritées que les artères, les veines sont plus souvent que ces dernières atteintes par les instrumens vulnérans ; et cependant les hémorrhagies qu'elles fournissent sont plus rares, et n'ont, en général, que médiocrement attiré l'attention des chirurgiens. En effet, tant qu'il n'existe aucun obstacle au cours du sang qui coule dans ces conduits, ce liquide exerce si peu d'efforts contre leurs parois qu'on peut les piquer, les inciser en long dans une certaine étendue, ou même un peu obliquement, sans que ces lésions donnent lieu à aucune hémorrhagie et même souvent à aucun écoulement de sang. Les précautions que l'on est obligé de prendre dans l'opération de la saignée, pour déterminer l'effort latéral du sang contre les parois du vaisseau et sa sortie par la plaie, et surtout la pratique de tous les jours prouvent, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, surabondamment cette assertion.

Mais lorsqu'une veine est coupée en travers dans une partie de son calibre, ou dans toute son épaisseur, alors elle fournit du sang, et dans quelques circonstances l'accident est des plus graves. Si, par exemple, la blessure atteint l'un des gros troncs logés dans l'abdomen ou dans le thorax, elle fait ordinairement périr le blessé dans les accidens généraux décrits au commencement de ce travail, sans qu'il soit possible de lui opposer aucun secours utile. M. Breschet (1) a observé, il y a quelque temps, un fait de ce genre sur un jeune homme qui reçut un coup de feu dans la poitrine et eut la veine azygos coupée par la balle.

Quand une section transversale, partielle ou totale, atteint l'une des grosses veines des membres près de la base de ceux-ci, et au moment où elles vont pénétrer dans les cavités splanchniques, ces blessures sont suivies d'une hémorrhagie grave ; elles peuvent être même plus dangereuses que la lésion de l'artère d'un membre, lorsque la veine principale est atteinte, parce que si on laisse le sang s'écouler, le malade est exposé à périr d'hémorrhagie, et que si, pour suspendre le cours du sang, on comprime le vaisseau en travers de manière à aplatir ses parois, on expose le malade presque sûrement à la gangrène en bouchant la seule voie par laquelle le retour du sang puisse se faire.

On reconnaît l'hémorrhagie veineuse aux caractères suivans :

Le sang noir ; il s'écoule en nappe et en bavant sur les bords de la plaie, ou en un jet faible et non saccadé ; il augmente si l'on tend les parties, ou si les muscles auxquels correspondent les radicules de la veine se contractent ; si l'on comprime la veine entre la plaie et ses radicules, l'écoulement du sang s'arrête brusquement ; il augmente, au contraire, lorsque la veine n'étant divisée qu'incomplètement, on établit une compression sur son trajet entre la plaie et le cœur. Si la veine a été seulement piquée ou incisée, l'écoulement du sang avec les caractères qui viennent d'être indiqués, n'a lieu que quand on comprime sur le vaisseau et plus près du cœur.

La manifestation et la persistance de l'écoulement de sang veineux tiennent souvent à des circonstances toutes particulières, comme une compression établie par des vêtemens trop serrés, par une tumeur, les contractions intempestives des muscles de la partie, la position déclive et les obstacles à la respiration. Il résulte cependant des expériences de M. Poiseuille (2) que cette dernière cause n'a d'influence que sur les parties sus-diaphragmatiques du système veineux. Quoi qu'il en soit, elle est des plus puissantes, et c'est elle qui, selon les remarques de Dupuytren, occasione et entretient les hémorrhagies veineuses si souvent incommodes ou dangereuses à la suite de certaines opérations chirurgicales, telles que l'arrachement des tumeurs fibreuses du nez ou du sinus maxillaire, l'opération de la trachéotomie et toutes celles que l'on pratique à la région antérieure du cou, région si abondamment pourvue de veines de toutes les grosseurs : dans ces cas, si on lie un orifice d'un certain calibre on voit souvent le sang sortir par une multitude d'autres vaisseaux jusque-là inaperçus et d'un calibre plus petit : si, dans la même circonstance, l'on tamponne les fosses nasales ou le sinus, presque toujours ce liquide surmonte les digues qu'on lui oppose, et qui d'ailleurs ne sont pas sans inconvéniens. Mais dès que le malade respire d'une manière profonde et régulière, on voit s'arrêter, comme par enchantement, des hémorrhagies quelquefois effrayantes. Il peut arriver pourtant que les inspirations longues et profondes auxquelles on engage les malades à se livrer, ou même tout simplement que l'exercice régulier de la respiration donne lieu à un accident plus grave encore que l'hémorrhagie, quand la plaie affecte une des veines de la partie supérieure du système veineux, surtout lorsque les parois de cette veine étant indurées, elle reste béante comme une artère, ainsi que Delpech l'a observé pour l'axillaire (3), ou lorsque le vaisseau ayant contracté des adhérences morbides avec les tissus voisins, ou étant lié par des connexions naturelles à ces

(1) *Répertoire d'Anatomie et de Physiologie*, t. IV, 1827.

(2) *Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines.* (Journal universel hebdomadaire de médecine. Paris, 1830, tome 1, p. 289, et t. 3, p. 97.)

(3) Clinique chirurgicale de Montpellier.

tissus, comme l'a fait remarquer M. Bérard, il ne peut revenir sur lui-même après avoir été coupé. L'introduction de l'air dans les veines, observée par Beauchène, Dupuytren, et par MM. Græfe, Mott, Clemot, est un accident grave qui tue ordinairement le malade en quelques instans, lorsqu'on n'a pas soin de mettre le doigt sur la plaie, comme l'a fait M. Clemot. Cet accident n'a d'autre rapport avec celui dont je traite qu'en ce qu'il coïncide avec la suspension de l'écoulement du sang.

Les hémorrhagies veineuses, dépendant de causes susceptibles d'être détruites, peuvent être facilement arrêtées. Dès que ces causes sont enlevées, l'écoulement du sang cesse complètement. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les cas où il s'agit d'une veine profondément incisée en travers, quel que soit son volume, ou d'une veine principale; alors, en effet, les secours de l'art sont nécessaires.

Dans les cas où l'obstacle à la circulation veineuse ne peut pas être détruit, la vie peut être compromise par la lésion d'une veine même peu considérable.

Certaines affections morbides des veines accumulent dans ces vaisseaux une si grande quantité de sang, que quand ils viennent à être ouverts il en résulte une hémorrhagie abondante et promptement dangereuse. Chaussier, MM. Murat, Velpeau, Grimaud, Amussat, et d'autres ont vu des hémorrhagies mortelles suivre la rupture des varices. A la vérité, ce ne sont pas là des hémorrhagies traumatiques dans l'acception rigoureuse du mot; mais on conçoit qu'une blessure pourrait donner lieu aux mêmes accidens, surtout si quelque cause, comme l'état de grossesse, favorisait, ainsi que cela a lieu dans quelques cas, la stase du sang veineux dans les dilatations variqueuses.

Lorsque le sang qui s'écoule de la veine ne se fait pas jour au-dehors, et forme dans le sein des parties des épanchemens plus ou moins abondans, l'hémorrhagie ne peut être alors reconnue qu'aux signes qui caractérisent l'épanchement.

— *Diagnostic des hémorrhagies artérielles et veineuses.* — Il résulte des détails dans lesquels nous sommes entré relativement aux hémorrhagies artérielles et aux hémorrhagies veineuses, que les premières sont essentiellement caractérisées par l'écoulement, en jet ou en nappe, d'un sang rouge qui s'élance par saccades isochrones au pouls, et que l'on suspend en comprimant les vaisseaux entre la plaie et le cœur, tandis que les secondes ont pour symptômes la sortie d'un sang noir qui s'écoule d'une manière continue, et s'accélère dès que l'on comprime entre la plaie et les radicules veineuses. Ces caractères ne sont pourtant pas tellement tranchés, qu'il ne se présente quelquefois des difficultés pour le diagnostic. Nous avons déjà vu que dans quelques cas les mouvemens saccadés du sang artériel sont difficiles à apercevoir; nous avons dit aussi que certaines causes pouvaient altérer la couleur du sang. Nous allons voir maintenant d'autres sources de difficultés.

Dans quelques circonstances, le sang qui s'écoule d'une veine peut fournir un jet saccadé; cela se voit non-seulement quand une veine ouverte est placée sur une artère qui lui communique ses mouvemens, mais encore dans certains cas où l'énergie augmentée des contractions du cœur semble étendre d'une manière évidente son influence jusque sur le cours du sang veineux, de sorte que ce n'est plus seulement, comme dans le cas précédent, un jet continu, d'une force toujours la même, qui se trouve soulevé, secoué, en quelque sorte, par des battemens voisins, c'est un jet alternativement plus fort et plus faible; et si l'on ajoute que quand l'ouverture de la veine est large et l'écoulement du sang rapide, ce liquide, passant trop vite dans les capillaires pour y être suffisamment dépouillé de ses matériaux nutritifs, revient par les veines, conservant en partie sa couleur rouge, on concevra qu'au premier abord on puisse, dans quelques cas, prendre pour une blessure artérielle l'ouverture d'une veine. Beaucoup de jeunes chirurgiens ont été trompés par ces apparences en pratiquant l'opération de la saignée. Si j'en juge par deux cas que j'ai été à même d'observer, la circulation capillaire serait plus libre chez le nègre que chez les blancs, et la circulation veineuse bien plus immédiatement sous l'influence du cœur; car dans les deux cas que j'ai vus, après la saignée, le sang s'échappa en jets saccadés comme ceux d'une artère, quoique moins fortement. Il est pourtant facile d'éviter l'erreur: les veines ne fournissent en général un jet que quand elles sont comprimées entre le cœur et la blessure; si leur canal est libre, le sang ne s'en écoule qu'en bavant; et si alors on comprime sur leur trajet entre leurs radicules et la plaie, le jet est subitement arrêté; c'est le contraire pour les blessures des artères.

D. *Symptômes des hémorrhagies artérioso-veineuses.* — La lésion simultanée d'une artère et d'une veine donne lieu à un écoulement de sang qui présente nécessairement les caractères des deux sortes d'hémorrhagies. Toutefois, pour qu'ils se manifestent, il est nécessaire, ou que la veine soit comprimée au-dessus du point lésé, sans que cette compression soit assez forte pour interrompre la circulation artérielle, ou que cette veine soit d'un volume considérable et entamée ou coupée dans le sens transversal. En un mot, il faut que la veine et la blessure soient dans les conditions nécessaires à la manifestation de l'hémorrhagie veineuse. Ces con-

ditions étant remplies, voici ce qui arrive : Lorsque les vaisseaux lésés sont situés profondément, et que l'ouverture extérieure est étroite, le sang de l'artère et celui qui provient de la veine se trouvent nécessairement mélangés, et si le jet ou le flot ne présente pas la couleur rouge éclatante du sang artériel, il n'offre pas non plus la couleur rouge noire du sang veineux, il est brun, continu et agité de saccades isochrones aux battemens du cœur, pendant lesquelles il augmente de volume, et passe à une nuance d'un rouge plus clair. Lorsque les vaisseaux sont plus rapprochés de la peau, et que la plaie extérieure est plus large et plus directe, les phénomènes sont plus évidens; d'abord, le jet s'élance avec impétuosité, mais bientôt on s'aperçoit qu'il est strié de rouge vif et de noir; quelquefois il est composé de deux colonnes accolées et parallèles, ou tournant en spirales l'une autour de l'autre; il se dresse et s'érige pendant la contraction du cœur, diminue et s'abaisse dans la diastole, et, chaque fois qu'il prend de la force, le filet rouge devient plus fort et plus éclatant. Si l'on comprime sur le trajet du vaisseau, entre la plaie et le cœur, assez fortement pour aplatir ses parois, la partie rouge du jet cesse brusquement, la partie noire prend de la force et reste seule apparente, et le jet cesse d'être saccadé. Si, au contraire, on comprime entre l'ouverture et les extrémités capillaires des vaisseaux, le contraire a lieu; la partie noire du jet disparaît, et il ne reste plus qu'un jet rouge, saccadé, artériel en un mot, plus fort, plus impétueux qu'avant l'emploi de la compression. Le sang répandu forme un caillot dans lequel on peut encore reconnaître les alternatives de coloration rouge et noire bien tranchées. Quand le sang provenant de la double lésion d'une artère ou d'une veine s'épanche au sein des parties au lieu de s'écouler au-dehors, ce sont les symptômes ordinaires à l'anévrysme faux primitif qui prédominent.

E. *Des collections de sang.* — D'après ce que nous avons dit, l'effusion du sang résultant de la lésion des vaisseaux sanguins se traduit par deux accidens principaux : l'hémorrhagie externe, ou l'hémorrhagie interne. Nous avons parlé assez longuement de l'hémorrhagie externe, de ses diverses sources, de ses caractères et de ses dangers. Nous avons également parlé de l'hémorrhagie interne qui se verse dans les cavités séreuses et à la surface des muqueuses. Il ne nous reste donc qu'à présenter quelques considérations sur les phénomènes de l'hémorrhagie interne qui se fait dans le tissu cellulaire.

Elle peut succéder à la lésion de tous les ordres de vaisseaux, et se présenter sous plusieurs formes principales.

La première est la bosse sanguine dure, résultat de la simple infiltration du sang dans un tissu dense et serré, par suite de la déchirure des capillaires sous l'action d'un corps contondant. Sa consistance est ferme et assez considérable pour simuler une périostose, quand elle est fixée sur le périoste. Quand elle a son siége sur une partie de texture lâche, elle forme dans le tissu cellulaire une tumeur assez exactement circonscrite, dure et mobile, que l'on pourrait prendre, suivant le temps où on l'observe, pour le commencement d'un phlegmon, ou pour une masse fibreuse ou squirreuse, si ce n'était, dans les premières semaines, l'ecchymose plus ou moins apparente, qui la recouvre et entoure sa circonférence, et plus tard, sa moindre dureté. Les bosses sanguines dures disparaissent ordinairement, soit après quelques jours, soit après quelques semaines, et elles donnent presque toujours naissance à une ecchymose variable dans son étendue.

La seconde forme l'hémorrhagie interne, c'est la bosse sanguine molle : celle-ci est aussi le produit de l'action d'un corps contondant sur des parties soutenues par des os. On les voit par exemple à la surface du crâne, sur les pommettes, sur le sternum, sur les os de l'avant-bras, sur le métacarpe, sur la face interne du tibia. La bosse sanguine molle suppose une solution de continuité dans les tissus placés entre les tégumens et les os, les tégumens ayant cédé sans se rompre à l'action de l'instrument contondant. En touchant les parties, immédiatement après l'accident, on sent un vide répondant à cette section; c'est dans ce vide central que se verse le sang qui reste liquide, même au centre des petits épanchemens, tandis qu'il s'infiltre dans les tissus ou se coagule à la circonférence; de là viennent tous les caractères des bosses sanguines molles. Elles sont, en effet, molles, fluctuantes à leur centre, et dures à leur circonférence; et comme l'engorgement et la dureté vont en diminuant par degrés, jusqu'à se confondre insensiblement avec le niveau et la résistance de la surface de l'os, on a pu quelquefois, sur la tête, prendre ces tumeurs pour des fractures du crâne avec enfoncement des fragmens. Ce fait, connu depuis long-temps, avait fixé l'attention de J.-L. Petit, qui cite plusieurs exemples de méprises de ce genre, et met en garde les praticiens contre elles. L'illusion causée par la dureté inégale des bords du foyer comparée à la mollesse que l'on sent au centre, est d'autant plus grande, que souvent les divisions sous-cutanées conservent la forme de l'instrument contondant qui les a produites, de telle sorte que quand, par exemple, cet instrument a frappé par un bord inégal, la division est elle-même allongée, étroite, à bords inégaux. L'erreur est surtout très difficile à éviter lorsque, ainsi que cela arrive précisément à la surface du crâne, quelqu'une des artères nombreuses qui rampent à la périphérie de cette

partie, a été divisée par le coup et verse le liquide qu'elle contenait dans le foyer, en imprimant à toute la masse des battemens que l'on peut confondre avec ceux du cerveau. J'ai vu dernièrement un cas de ce genre sur un jeune homme entré à l'Hôtel-Dieu sans connaissance, pour un coup qu'il avait reçu au-devant du front, et qu'on avait amené comme ayant une fracture du crâne avec enfoncement des fragmens. Je n'ai pu éviter l'erreur qu'en déterminant par un examen attentif le niveau de la surface du crâne, à quelque distance de la bosse et en suivant idéalement la courbe de cette surface jusqu'aux environs de la blessure; alors il me fut facile de reconnaître que les prétendus fragmens occupaient un niveau plus élevé que celui que devait occuper le coronal; je pus ainsi reconnaître que des bords de la fracture simulée on arrivait par une pente insensible à la surface du crâne; enfin, et ceci me paraît important, je pus, en prenant la bosse par sa base, lui faire exécuter quelques mouvemens légers de totalité sur la surface du crâne, et les duretés qui simulaient une fracture suivaient ses mouvemens. La marche de ces bosses est assez simple. Quand il n'y a pas de désorganisation des parties, les battemens, s'il y en a, cessent; la tumeur diminue de volume, elle devient ferme, et se résout peu-à-peu en un noyau plus ou moins dur qui finit par disparaître, au moins après un certain laps de temps. On sent que je ne puis m'appesantir davantage sur ces lésions qui ne sont pas à proprement parler des hémorrhagies traumatiques.

Enfin l'hémorrhagie interne se présente sous la forme d'une véritable collection sanguine; elle peut être fournie soit par le sang qui s'est échappé des capillaires, soit par celui qui provient de l'ouverture d'une artère ou d'une veine. Elle peut succéder à tous les genres de lésion qui ont été indiqués précédemment. Quand elle résulte d'une contusion, et quand le siége du mal n'est pas très profond, si l'on est appelé immédiatement après l'accident, on sent quelquefois, comme nous l'avons vu pour les bosses sanguines, dans l'épaisseur des parties, un vide résultant de la division des tissus, qui est très considérable lorsque quelque muscle à fibres longues a éprouvé une solution de continuité en travers. C'est dans ce vide que se forme l'épanchement. D'autres fois la cause vulnérante ayant agi très obliquement, on ne sent pas le vide dont nous parlons, parce qu'il y a eu déchirure du tissu cellulaire plutôt qu'écrasement des parties; quoi qu'il en soit, il se forme rapidement une tumeur bleuâtre, livide, plus ou moins fluctuante à son centre, presque toujours plus dure à sa circonférence; il n'est pas rare d'y rencontrer des battemens assez apparens qui sont le résultat de la rapidité avec laquelle le sang s'échappe des artérioles divisées, et qu'il faut bien se garder de prendre pour la preuve de la lésion d'une grosse artère. En effet, au bout de quelques heures, les tissus réagissant contre le liquide, et résistant à l'abord d'une nouvelle quantité, les battemens cessent et la tension succède à la fluctuation. Nous avons vu de quels symptômes s'accompagnait la formation des épanchemens sanguins à la suite des plaies des artères et des veines. Nous supposons l'épanchement formé, et, laissant de côté tout ce qui appartient à la contusion proprement dite, de même qu'aux blessures des artères et des veines dont les caractères ont été exposés, nous allons aborder les phénomènes au moment où l'effusion du sang est arrêtée, où les orifices capillaires sont resserrés, les plaies des veines et des artères oblitérées; en un mot, écartant tout ce qui est meurtrissure du tissu artériel ou veineux, anévrysme faux, primitif ou consécutif, ce qui n'est pas ou n'est plus de notre sujet, nous allons nous occuper de la collection sanguine, considérée en elle-même et comme un résultat de l'hémorrhagie traumatique.

Pendant quelque temps la tumeur semble rester stationnaire, mais ensuite elle paraît augmenter de consistance en diminuant de volume; en même temps la peau se colore des teintes de l'ecchymose, qui bientôt s'étend au loin et dans tous les sens. Quelquefois, mais rarement, on voit la tumeur diminuer graduellement jusqu'à sa disparition complète. Mais le plus souvent surviennent d'autres phénomènes. La fluctuation reparaît plus marquée qu'elle n'était au début, toutefois en pressant un peu sur la tumeur on peut presque toujours reconnaître qu'elle est le résultat du dépôt d'une couche mince de liquide à la périphérie du caillot, car à une très petite profondeur le doigt est arrêté par un noyau plus résistant et qui ne peut être formé que par la partie la plus solide du sang épanché. En même temps la peau s'échauffe légèrement, elle se marbre de teintes livides, rouges ou violettes; la coloration qu'elle présente s'étend graduellement dans tous les sens, en revêtant toutes les dégradations de couleur qui appartiennent à l'ecchymose. Enfin la tumeur, soit d'une manière lente et progressive, soit après des alternatives d'augmentation de volume, de chaleur, de mollesse, de fluctuation, et de refroidissement, d'augmentation de consistance, de diminution de volume, finit par être réduite à un noyau dur dont l'absorption est souvent fort lente, et qui, dans quelques circonstances, paraît susceptible de devenir le germe de dégénérations diverses. C'est la marche que suit la maladie quand elle guérit par résolution, soit après une contusion, soit après l'oblitération spontanée ou artificielle d'une artère ou d'une veine blessée. On suppose que dans ces cas la surface

du foyer se transforme en un organe chargé de résorber le sang épanché, et susceptible de verser autour du caillot, quand il devient réfractaire à l'action des absorbans, une certaine quantité de liquide qui le délaie et facilite son absorption.

A moins que l'épanchement ne soit très considérable, il est fort rare que le travail de résorption, dont nous venons d'exposer les phénomènes, soit accompagné d'une irritation assez intense pour provoquer une réaction fébrile.

Dans quelques cas cependant, l'irritation produite, soit par la présence du sang au milieu des parties, soit par la cause vulnérante elle-même, devient assez vive pour déterminer une inflammation dont la suppuration est le résultat. Alors il se développe ordinairement de la fièvre, et la tumeur prend l'aspect d'un vaste abcès. Souvent une escarre plus ou moins large se forme au sommet du foyer, et c'est à la chute de celle-ci, que la matière, qui le remplit, est évacuée. Fréquemment il s'ouvre à la manière d'un abcès ordinaire; la matière, qui s'en écoule, est d'abord un peu rouge, mêlée à des caillots noirs, grisâtres ou fibrineux, et quand l'épanchement est la suite d'une contusion, à des lambeaux de tissus gangrénés. Si le foyer est de petite dimension, le pus prend peu-à-peu un bon aspect. Mais quand la collection est considérable, que le sang s'est infiltré au loin dans le tissu cellulaire, l'ouverture d'un foyer de ce genre est souvent suivie de la manifestation de symptômes graves.

L'introduction de l'air dans la cavité morbide altère le pus, et le sang encore inhérent aux organes ou rassemblé en caillots dans les anfractuosités du foyer.

La suppuration devient abondante, sanieuse et fétide; les parois du foyer s'enflamment, la phlogose se propage au loin dans les tissus altérés par l'infiltration du sang. Souvent l'inflammation prend le caractère du phlegmon diffus et se termine par la mortification des tissus affectés. Ces phénomènes graves n'ont pas lieu sans des symptômes généraux; le malade est pris de frissons vagues, irréguliers, et finit par succomber aux accidens attribués dans ces derniers temps à la résorption purulente ou à la phlébite, ou bien encore à la consomption, au marasme et aux accidens colliquatifs qu'entraînent nécessairement la perte du tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, ainsi que la suppuration interminable qui résulte de l'élimination de ces parties.

Les suites graves que nous venons de décrire doivent être redoutées toutes les fois que l'épanchement sanguin est compliqué de plaie, parce que celle-ci ne saurait être rapprochée avec tant de soin que l'introduction de l'air dans le foyer ne puisse avoir lieu. Il est donc, ainsi que nous le dirons à l'occasion du traitement, de la plus haute importance de prévenir cette introduction toutes les fois que cela est au pouvoir du chirurgien. On doit cependant faire exception en faveur de ces cas rares, où l'épanchement est exactement circonscrit et facile à vider en totalité du sang qui le remplit. Ici, en effet, il est possible de réduire le foyer à l'état d'une cavité simple et disposée à guérir sans accidens. Ces idées fort bien développées par Pelletan (1), sont une des raisons sur lesquelles les fauteurs de la méthode d'Anel, pour l'opération de l'anévrysme, se sont appuyés pour préférer la ligature pratiquée fort loin de la tumeur anévrysmale.

Les phénomènes qui ont été décrits sont ceux que présentent les foyers sanguins en général; mais on conçoit que le siége de ces foyers puisse avoir la plus grande influence sur la facilité avec laquelle on les reconnaît. Quand ils sont profonds, par exemple, bien qu'ils suivent la même marche, les symptômes en sont nécessairement moins apparens et moins faciles à constater. C'est ainsi que, bridés par les aponévroses d'enveloppe, ils ne se manifestent quelquefois que par une tension énorme, et quand la résolution s'opère on ne s'en aperçoit souvent que par la diminution de la tension et de la tuméfaction sans pouvoir reconnaître dans aucun point ni la fluctuation, ni les alternatives de mollesse et de dureté qu'ils présentent dans certains cas. Mais un signe qui ne manque presque jamais, et qui éclaire souvent le diagnostic lorsqu'on le rapproche des circonstances commémoratives, c'est la large ecchymose qui se manifeste tôt ou tard, soit vis-à-vis du dépôt, soit au niveau de ses limites. Ce signe peut pourtant manquer, et alors le diagnostic est encore plus difficile. Nous emprunterons à M. Velpeau un exemple de ce genre.

Obs. IV. — Un homme ayant reçu un coup à la partie inférieure et interne de la cuisse, il lui vint dans ce lieu une tumeur indolente qui s'accrut lentement, mais qui finit pourtant par acquérir le volume d'un petit melon dans l'espace de quelques mois. Elle paraissait alors se dégager d'entre les muscles. Plusieurs praticiens de la capitale ayant été consultés, les avis furent partagés, ou pour mieux dire on hésita entre les idées d'anévrysme, d'abcès froid, d'une maladie de l'os ou d'un dépôt sanguin.

Après de longues irrésolutions, on finit par se décider à ouvrir la tumeur; une petite incision fut faite, et il sortit une grande quantité de sang altéré, de couleur chocolat, mêlé de caillots, et de la sérosité rougeâtre. Bien que l'ouverture pratiquée fût de fort peu d'étendue,

(1) *Cliniq. Chirurg.*, Paris, 1810.

la plaie resta long-temps fistuleuse, puisqu'elle ne se ferma qu'au bout d'une année.

On sent que s'il est quelquefois difficile de distinguer les tumeurs sanguines des tumeurs d'une autre nature, il doit l'être plus encore, dans quelques cas, de déterminer la nature même de la tumeur reconnue pour être sanguine, comme nous en allons fournir des exemples.

Dans le cas suivant, la collection sanguine versée probablement par les capillaires seuls, présenta des caractères mixtes qui auraient pu faire naître l'idée d'un anévrysme.

Obs. V. — A la suite d'un coup sur la partie interne de la cuisse, on trouva chez M. le colonel R*, à la partie interne et inférieure de ce membre, une tumeur de quatre pouces de diamètre dans tous les sens, et d'un pouce d'élévation. Elle ne présentait aucune pulsation, mais les battemens de l'artère poplitée étaient plus obscurs. Comme la lésion se trouvait précisement à la hauteur du passage du vaisseau dans l'anneau du troisième adducteur, et que le malade était d'un grand embonpoint, on resta dans le doute sur sa nature, ne sachant pas s'il y avait un anévrysme faux primitif, ou une simple tumeur sanguine. Toutefois, comme le volume de la tumeur n'était pas assez considérable pour exiger une opération immédiate en cas que ce fût un anévrysme, et comme surtout elle ne paraissait faire aucun progrès, on résolut d'attendre, se bornant à employer les réfrigérans et les résolutifs. Dans les six mois qui on suivi, la tumeur à toujours été en décroissant (1).

Dans le cas précédent, il y a eu seulement des motifs de douter. Dans celui que je vais rapporter, on verra les symptômes ordinaires de l'anévrysme faux primitif, quoique probablement la maladie n'existât point.

Obs. VI. — Un homme maigre, mais bien musclé, étant occupé à rouler des tonneaux de vin sur la pente rapide du port, eut la jambe droite prise entre celui qui roulait et un autre qui descendait derrière lui. Le coup porta sur la région poplitée qui devint à l'instant très douloureuse, et se tuméfia considérablement. Le blessé fut transporté à l'Hôtel-Dieu et couché dans la salle Saint-Paul. Je l'examinai le soir, et je trouvai le creux du jarret rempli par une tuméfaction considérable qui s'étendait jusqu'à la moitié de la hauteur de la cuisse et à la partie supérieure de la jambe. La tension était médiocre, mais ce qui me frappa, ce furent des battemens très évidens qui agitaient toute la masse de la tumeur, et qui étaient isochrones aux battemens du pouls. La présence de l'artère poplitée dans cette région, sa position sous-jacente à la tumeur dut me conseiller la circonspection, et me tenir en garde contre les causes d'erreur; je procédai donc à un examen des plus attentifs. Les pulsations se faisaient surtout sentir vers la partie supérieure; mais il ne m'était pas possible, soit sur ce point, soit sur tout autre, de constater le moindre bruissement; de quelque manière que j'embrassasse la tumeur, mes doigts sentaient un mouvement d'expansion dans tous les sens. Les battemens de l'artère tibiale postérieure explorés derrière la malléole interne, me paraissaient plus faibles que ceux du côté opposé. Bien que ces symptômes ressemblassent plus à ceux d'un anévrysme diffus qu'à une contusion, je conservai des doutes, malgré ces mouvemens d'expansion si évidens; parce que je ne sentais pas ce bruissement particulier qui manque si rarement dans ces cas, et que la médiocre tension des parties aurait dû me permettre de sentir. Pendant la nuit, le membre fut entouré de compresses réfrigérantes et placé sur un oreiller. Le malade fut largement saigné.

Le lendemain, je priai Dupuytren d'examiner le malade avant de l'avoir revu moi-même. Pour lui, les mouvemens d'expansion furent évidens, et il prononça que la ligature de l'artère crurale devait être faite. Pour moi qui avais vu le malade la veille, les battemens étaient moins évidens que le jour précédent, la tumeur avait plutôt diminué qu'augmenté de volume, et elle avait un peu plus de consistance. Je communiquai ces remarques à Dupuytren; en conséquence, il fut décidé que l'on attendrait et que l'on continuerait le système de traitement employé jusque-là. Deux jours après, toutes traces de battemens avaient disparu, et en moins de quinze jours, la tumeur fut tout-à-fait résorbée, et il ne resta plus que les traces de l'ecchymose qui s'étendit en haut et en bas à toute la longueur du membre. On sentait distinctement dans toute la hauteur de la partie profonde du creux du jarret, des battemens de l'artère poplitée; on sentait de même ceux de l'artère tibiale postérieure, et de l'artère péronière.

On conçoit que s'il est difficile de distinguer les épanchemens sanguins capillaires de ceux qui proviennent d'une artère lésée, à bien plus forte raison il doit être difficile de diagnostiquer ceux qui proviennent de la blessure d'un tronc veineux. Le défaut de battemens peut, en général, les faire distinguer de la lésion d'une artère principale, mais rarement d'une hémorrhagie purement capillaire. Cela est impossible dans beaucoup de cas.

§ II. Hémorrhagies traumatiques consécutives.

Avant de parler des hémorrhagies traumatiques consécutives, c'est-à-dire de celles qui surviennent lorsque la période inflammatoire s'est développée, je dois dire quelque chose de

(1) Velpeau, *De la contusion dans tous les org.*, Paris, 1835.

ces hémorrhagies qui ne sauraient être rangées parmi les hémorrhagies consécutives puisqu'elles surviennent avant l'inflammation, mais qui apparaissent cependant lorsque déjà un certain laps de temps s'est écoulé entre l'action de la cause vulnérante et l'écoulement du sang.

Ces hémorrhagies paraissent tenir dans plusieurs cas à l'oubli de certaines pratiques dont l'expérience a constaté l'efficacité. C'est ainsi qu'on les a observées assez souvent, parce qu'on avait négligé de lier des vaisseaux, jugés trop faibles et qui fournissaient trop peu de sang, ou bien parce que ces vaisseaux, qui ne laissaient échapper aucun liquide immédiatement après leur division, se sont dilatés et ont fourni abondamment lorsque le spasme a été dissipé. Aussi, les praticiens expérimentés savent qu'on ne saurait apporter trop de soin à la ligature de tous les vaisseaux, et qu'un sage retard dans l'exécution du pansement est le meilleur moyen de prévenir ces hémorrhagies, en permettant de lier tous les orifices vasculaires qui pourraient fournir du sang. Cette pratique de Dupuytren, adoptée par plusieurs chirurgiens, donne les résultats les plus heureux. Au reste, dans ces hémorrhagies, qui surviennent quelques heures après le pansement, comme il n'y a pas encore d'inflammation, la conduite à tenir est la même que dans les hémorrhagies primitives auxquelles elles se rapportent à l'égard du traitement.

Il arrive aussi quelquefois que le sang revient par les anastomoses, parce qu'on a négligé de lier les deux bouts d'une artère divisée, et que quelques heures et souvent quelques instans suffisent pour amener ce retour du sang par le bout inférieur, surtout dans les parties où les communications anastomotiques sont larges et multipliées.

Dans les veines, ces hémorrhagies, qui surviennent quelque temps après le pansement, tiennent quelquefois à une position vicieuse donnée à la partie blessée; dans d'autres cas, c'est dans la gêne qu'apporte à la circulation veineuse quelque pièce d'appareil qu'il faut en chercher la source; c'est avoir indiqué les moyens d'y remédier que d'en préciser la cause.

Les deux premières conditions que j'ai signalées, et d'autres encore que je vais relater, peuvent amener de véritables hémorrhagies consécutives; accidens fâcheux qui viennent troubler l'issue heureuse des plaies, lorsque le chirurgien et le malade s'abandonnent à l'espoir d'une prochaine guérison, et qui affaiblissent en même temps les forces du malade par la perte du sang, et détériorent son moral par la terreur qu'ils inspirent. Ces hémorrhagies consécutives rendent plus difficile la tâche du chirurgien et plus incertains les résultats de l'art, parce que les tissus qui s'enflamment ou sont enflammés ont acquis des qualités nouvelles, et que les vaisseaux sont plus profondément cachés dans les chairs.

Les affections morales vives, la joie, la tristesse, la crainte et surtout la colère, celle de toutes les passions qui accélère le plus la circulation et accroît au plus haut degré les battemens du cœur, peuvent provoquer les hémorrhagies consécutives.

L'impression vive que produisent certains bruits inusités peuvent agir de la même manière. Ambroise Paré avait observé que le bruit du canon les détermine souvent à l'armée.

Les liqueurs spiritueuses prises avec excès avant ou après les opérations peuvent provoquer des hémorrhagies consécutives redoutables.

Il arrive assez souvent, surtout après les opérations, que l'inflammation venant à se développer, le malade est pris de douleur vive dans la partie, d'agitation générale inexprimable, de tension, de chaleur et surtout de pulsations qui semblent soulever et distendre toute la surface de la plaie, et ces phénomènes précurseurs sont suivis d'une hémorrhagie fournie par tous les vaisseaux capillaires divisés. Lorsqu'on lève l'appareil pour y remédier, l'écoulement s'arrête aussitôt que la plaie est libre de toute compression, pour recommencer si l'appareil est réappliqué avec une constriction aussi forte que la première.

Dans d'autres circonstances, c'est parce que la fluxion inflammatoire qui accompagne toute blessure est trop considérable, qu'un écoulement de sang a lieu par exhalation à la surface de la plaie, sans qu'il soit possible de découvrir de vaisseaux plus volumineux les uns que les autres qui fournissent le sang. Dans quelques cas, il existe chez ces malades certaines dispositions constitutionnelles qui les disposent aux hémorrhagies; ou bien, c'est dans la nature même des tissus lésés qu'il faut rechercher la prédisposition à l'hémorrhagie. Tels sont les tissus érectiles, par exemple.

Les hémorrhagies consécutives peuvent encore se manifester, parce que des moyens méthodiques employés de prime abord sont devenus inefficaces, soit que sous l'influence de causes variées la circulation ait acquis un surcroît d'activité, soit que les conditions organiques du blessé le disposent à ces hémorrhagies. Telles sont celles qu'on voit survenir à la chute prématurée d'une ligature ou d'une escarre après l'emploi de la cautérisation; ou bien encore parce que ces moyens méthodiques n'ont pas été convenablement employés. C'est ainsi qu'une ligature trop ou trop peu serrée, qu'une ligature qui embrasse une trop grande quantité de tissus peut devenir la cause d'une hémorrhagie consécutive. Enfin, je signalerai avec tous les praticiens que quand

une hémorrhagie consécutive se manifeste, c'est une sorte d'appel à une seconde, à une troisième, etc., parce que le sang devient, à mesure qu'il s'en échappe de nouvelles quantités, plus fluide, moins plastique, moins propre à former des caillots solides capables d'oblitérer les vaisseaux, et que les moyens hémostatiques ont moins d'efficacité; la mort peut arriver par épuisement, quand des pertes peu considérables, mais souvent répétées, se sont succédées pendant une certain temps.

Les hémorrhagies consécutives surviennent encore assez souvent après la pourriture d'hôpital et différentes espèces de mortifications, de gangrène.

Elles sont souvent difficiles à arrêter, et ont de la tendance à se reproduire.

On voit des hémorrhagies consécutives chez des individus faibles, scorbutiques; elles sont tardives et paraissent du vingtième au quarantième jour après la plaie. Le sang qui suinte en bavant de la plaie, est d'un rouge obscur, le pouls est faible et lent, ou petit et fréquent, ce qui est plus fâcheux encore. Cette hémorrhagie se fait par le système capillaire.

Hémorrhagies consécutives intermittentes. — Les hémorrhagies traumatiques consécutives expriment souvent l'état général de l'organisme. Sans chercher à expliquer par quels phénomènes physiologiques l'effet se lie à la cause, je rappellerai certains cas où l'hémorrhagie traumatique consécutive, affectant le type intermittent, se montra ou comme un phénomène de la fièvre intermittente, ou comme un effet de la cause qui produit cette dernière, et céda aux moyens qui, dans ces cas, triomphent de la maladie.

Obs. VII. — *Hémorrhagie après une opération de taille* (1). — Un vieillard voit survenir, douze jours après une opération de taille, une hémorrhagie précédée de frisson et de fluxion vers la plaie. Le lendemain, presqu'à la même heure, mêmes symptômes, frisson, chaleur, sueur à la suite de laquelle l'hémorrhagie cesse. Delpech reconnaît une fièvre intermittente larvée, il administre le quinquina et l'hémorrhagie ne reparaît plus.

Obs. VIII. — *Extirpation de la langue. — Hémorrhagie intermittente quelques jours après l'opération* (2). — Un jeune homme subit l'extirpation de la langue pour un cancer de cette partie. Au bout de quelques jours survient une hémorrhagie que l'on arrête avec le cautère actuel. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie à la même heure. On remarque les mêmes symptômes que dans le premier cas. Le quinquina est administré et l'hémorrhagie ne reparaît plus.

Le fait suivant se rapporte plutôt à une hémorrhagie périodique qu'à une hémorrhagie intermittente.

Obs. IX. — *Ligature de la carotide* (3). — Le 18 novembre 1821, Johan Konowaloff fut conduit à l'hôpital pour y être traité d'une tumeur érectile volumineuse qui occupait la tempe droite, l'oreille et une partie de la face. La tumeur était lourde, menaçait de se rompre, mais ne causait aucun autre accident. On résolut, pour prévenir la rupture, de lier l'artère carotide primitive, et le soir je procédai à l'opération. Je fis l'incision en dehors du sterno-cléido-mastoïdien; ce muscle et le sterno-hyoïdien furent divisés, et j'arrivai sur la rotide droite. J'étais sur le point de la lier, lorsque la tumeur érectile s'entr'ouvrit. Une hémorrhagie épouvantable eut lieu; le malade eut bientôt des vomissemens et des convulsions; une sueur froide couvrit tout son corps. Tout ce que l'on fit pour arrêter l'écoulement n'empêcha pas le malade de perdre environ trois livres de sang. Pendant ce temps, je me hâtais de faire la ligature de la carotide, et l'écoulement cessa dès que les nœuds furent faits. Le malade redevint tranquille et la plaie fut pansée avec du diachylon: la nuit fut assez bonne, le pouls battait cent cinq par minute.

Le 19, j'ouvris largement la tumeur; j'en retirai une grande quantité de sang coagulé; j'enlevai une certaine étendue des tégumens externes et un large morceau de tissu spongieux; je plaçai une douzaine de ligatures, je recouvris toute la plaie d'un mélange fait avec parties égales d'alun, de gomme kino, et de gomme arabique. Pendant cette opération, le malade perdit encore beaucoup de sang. La somme totale du sang perdu jusqu'à ce moment peut être évaluée à huit livres. Le malade était faible, son pouls battait cent douze. Le 20 novembre, le malade qui avait passé une mauvaise nuit éprouvait un sentiment douloureux dans la trachée-artère; le côté droit de la face était tuméfié, chaud, douloureux: le pouls battait cent dix-huit: frictions camphrées sur tout le corps, sinapismes aux jambes.

Le 21, amélioration. Le 25, les douleurs de la trachée avaient augmenté, et huit sangsues furent appliquées sur le point douloureux. Le 6 décembre, le malade tousse un peu, les plaies vont très bien; elles sont presque entièrement cicatrisées. Cet état dure jusqu'au 12 janvier. Les plaies de la tête étaient guéries; celle du cou ne consistait plus qu'en un point fistuleux; mais tout-à-coup, sans cause connue, survient une violente quinte de toux et un abondant écoulement de sang artériel par

(1) *Thèses de Montpellier*, 1832, Daniel, n. 77.
(2) *Ibid.*
(3) Arendt, *Journal de chirurgie de Graefe et Walther*, t. 4, p. 80, 1822.

la fistule. En deux minutes, le malade avait perdu environ huit onces de sang ; l'hémorrhagie s'arrêta spontanément.

Le 11 janv., juste à la même heure, nouvelle hémorrhagie qui s'arrête spontanément. Le 14 et le 15, même accident. Le 16, point d'écoulement de sang ; mais le 18 et le 19, l'hémorrhagie reparut encore pour s'arrêter spontanément. Le malade était si faible que nous désespérions de le sauver ; mais heureusement l'hémorrhagie ne reparut plus : des toniques furent administrés, et le malade sortit complètement guéri le 10 avril.

Obs. X. — *Ligature de l'artère innominée. — Hémorrhagie périodique, consécutive, mortelle* (1). — La ligature de cette artère fut pratiquée pour un anévrysme. Les pulsations cessèrent dans la tumeur anévrysmale. Immédiatement après l'opération, les artères brachiales et temporales n'offrirent plus de battemens. Aucun accident ne se fit remarquer. Plusieurs semaines s'écoulèrent, le malade allait très bien, la plaie était presque entièrement cicatrisée, lorsqu'il survint plusieurs hémorrhagies périodiques qui furent successivement arrêtées ; la plaie qui était presque fermée se reproduisit avec une telle intensité qu'elle enleva le malade le soixante seizième jour après l'opération. A l'autopsie, on trouva l'artère parfaitement oblitérée. Les hémorrhagies paraissaient avoir été fournies par les bords de la plaie.

Des quatre faits que je viens de rapporter, trois au moins prouvent que des causes générales indépendamment de l'état des troncs artériels divisés et liés, peuvent déterminer des accidens tantôt curables, tantôt mortels.

ARTICLE VI.

TRAITEMENT LOCAL DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES.

§ Ier. Primitives.

Pour procéder avec ordre dans l'exposé de cette partie longue et difficile de notre question, nous réunirons dans un seul chapitre les hémorrhagies capillaires et artérielles, nous réservant des considérations à part pour les hémorrhagies veineuses, et nous diviserons les premières, comme nous l'avons déjà fait, en primitives et consécutives.

A. *Artérielles.* — Le traitement des hémorrhagies artérielles primitives comprend deux ordres de moyens : les uns ont pour but de ne suspendre que provisoirement le cours du sang dans les vaisseaux divisés, soit pour arrêter les hémorrhagies, soit pour les prévenir ; les autres tendent à provoquer l'occlusion définitive de ces vaisseaux.

(1) *Journal de Graefe et de Walther*, t. 4, p. 582.

a. *Moyens hémostatiques temporaires.* — C'est par la compression que l'on suspend provisoirement le cours du sang dans les divisions de l'arbre vasculaire. La compression se nomme directe quand elle est exercée à l'orifice du vaisseau divisé : latérale quand on l'établit sur le trajet des artères à plus ou moins de distance de la plaie.

1° *Compression directe.* — Un instinct machinal porte l'homme à placer la main sur une plaie d'où le sang jaillit.

Combien de guerriers n'eussent pas succombé sur le champ de bataille, si leurs camarades ne les eussent secourus par ce moyen : témoin le fait observé par M. Larrey au siége de Saint-Jean-d'Acre : un officier blessé au cou par une balle ne dut la vie qu'à la compression qu'un soldat exerça de suite sur l'artère carotide divisée *clinique chirurgicale.* Rien n'est plus facile que l'emploi de la compression directe : ainsi que le fait observer M. Guthrie, il suffit d'exercer la plus légère pression sur le bout du vaisseau avec le doigt indicateur pour empêcher l'hémorrhagie, même dans une artère volumineuse. Lorsque la plaie est étroite et profonde et que le doigt ne peut atteindre l'orifice de l'artère blessée, la pression doit être assez forte pour éviter que le sang ne s'échappe du vaisseau et ne s'infiltre dans les parties molles.

La chirurgie a tiré profit de ce moyen : lorsque, dans le cours d'une opération, le sang jaillit de plusieurs artères de médiocre volume et dans lesquelles la circulation n'a pu être interrompue par la compression latérale, on fait placer les extrémités des doigts d'un ou de plusieurs aides intelligens sur les orifices des artères et l'on s'oppose ainsi à l'issue du sang jusqu'à ce que, l'opération étant terminée, on puisse y pourvoir d'une manière définitive. C'est à J. L. Petit qu'on en doit la première idée (tome I, page 244). Ayant été consulté par un homme qui portait une énorme tumeur sur le côté de la tête et du cou, il en proposa l'extirpation. Personne jusque-là n'avait osé entreprendre cette opération qui paraissait devoir être longue et laborieuse, et pendant laquelle surtout, une multitude de vaisseaux artériels devaient être ouverts. J. L. Petit surmonta ces obstacles : il engagea les consultans à lui servir d'aides, et à placer leurs doigts sur chaque vaisseau à l'instant même où il en opérerait la division. Ce plan étant ainsi conçu et arrêté, l'extirpation fut entreprise, et grâce à l'habileté de l'opérateur et au concours des chirurgiens qui l'environnaient, elle réussit parfaitement.

Cette manière d'agir a l'avantage de permettre au chirurgien de continuer l'opération avec rapidité et de ne s'occuper des artères lésées que quand il a entièrement achevé la division

des parties. Mais elle offre aussi de graves inconvéniens; l'opérateur se met à la discrétion des aides qui l'environnent; les doigts placés sur les ouvertures artérielles peuvent le gêner pendant qu'il achève l'opération; enfin, ce qui est plus grave, il arrive souvent que lorsque l'on veut arrêter définitivement l'écoulement du sang, on ne trouve plus les extrémités des vaisseaux, rétractées et enfoncées dans les chairs, et que si l'on procède à la réunion des parties divisées, l'irritation appelant plus tard le sang vers la plaie, on voit survenir des hémorrhagies consécutives, toujours défavorables au succès de la réunion, et quelquefois funestes au malade. Aussi préfère-t-on généralement aujourd'hui lier ou tordre les vaisseaux à mesure qu'on les divise.

2° *Compression latérale.*—Elle consiste à aplatir l'artère divisée de manière à la rendre imperméable au sang, en agissant sur une partie de son trajet plus ou moins éloigné de la plaie, et à travers les parties molles qui la recouvrent.

Pour qu'elle puisse être exercée avec succès, il faut que les artères qu'on veut y soumettre soient superficielles et placées dans le voisinage d'os ou de substances assez solides pour lui fournir un point d'appui. Loin de la surface du corps, elles ne sauraient être atteintes, et loin des os, elles échapperaient trop aisément à la compression.

Nous allons indiquer rapidement les principales régions où se trouvent réunies ces conditions favorables :

A la tête; les artères temporales depuis leur passage sur la base de l'apophyse zygomatique, les occipitales, au-dessus du muscle splenius et derrière l'apophyse mastoïde, les frontales sur l'arcade orbitaire, les faciales sur le bord inférieur et sur la face externe du corps de la mâchoire;

Au cou; à la partie moyenne et supérieure de leur trajet, les carotides primitives peuvent être comprimées au-devant de la colonne vertébrale; cependant cette compression ne saurait être très sûre à cause de la mobilité de cette partie du rachis, du peu de largeur et de régularité de sa partie antérieure, ni efficace à cause des anastomoses des carotides entre elles et avec les vertébrales; et d'ailleurs, elle ne pourrait pas être long-temps continuée, à cause des nerfs pneumo-gastriques et de la veine jugulaire, dont elle entraînerait inévitablement la compression;

Aux membres supérieurs; à son passage sur la première côte, l'artère sous-clavière trouve sur cet os un appui immédiat et solide; et sa position superficielle la rend facile à comprimer. L'effort doit être dirigé derrière la partie moyenne de la clavicule, obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans. La clavicule doit être abaissée le plus possible. Toutefois, la mobilité de l'épaule rend la compression difficile et peu sûre en cet endroit.

Camper a connu le premier la possibilité d'arrêter la circulation dans le membre thoracique, en comprimant l'artère axillaire sous la clavicule au-devant de la seconde côte. Cependant on y a renoncé de nos jours, et avec raison, parce que l'artère peut facilement glisser sur le plan oblique que cet os présente, et que d'ailleurs le muscle grand pectoral offre trop d'épaisseur.

L'artère humérale peut être comprimée dans toute sa longueur, mais plus spécialement à la partie supérieure et interne du bras où elle n'est séparée de l'humérus que par le muscle coraco-brachial.

A l'avant-bras les artères radiale et cubitale superficiellement placées vers le tiers inférieur du membre et presque immédiatement appliquées sur les os, dont le carré pronateur les sépare, peuvent y être facilement comprimées.

Au tronc. — L'aorte peut être comprimée contre la portion lombaire du rachis, à travers la paroi antérieure de l'abdomen, facile à refouler chez les individus maigres et chez les femmes après l'accouchement. John Bell, Astley Cooper, le professeur Roux l'ont tentée avec plus ou moins de bonheur dans des cas d'hémorrhagies traumatiques, et M. Baudelocque neveu l'a appliquée au traitement des hémorrhagies utérines qui surviennent après l'accouchement. (V. *Mémoire présenté à l'Institut.*)

L'artère iliaque externe peut être également comprimée en refoulant la paroi abdominale contre le bord interne du muscle psoas; elle l'a été avec succès dans un cas de blessure de cette artère, publié par M. le professeur Velpeau (1).

Aux membres inférieurs. — La crurale, à son origine, est appuyée sur la branche horizontale du pubis, dont la sépare seulement le muscle pectiné; elle est très superficielle lorsque la cuisse est placée dans l'extension, et peut être facilement comprimée en cet endroit; il en est de même de cette artère à la partie moyenne de la cuisse. Là, en effet, le muscle, vaste interne, la sépare du fémur, et quand l'effort compresseur est dirigé obliquement en dehors et en arrière, l'artère refoulée vers les adducteurs peut difficilement en éluder l'action.

La compression de cette artère, surtout au pli de l'aine, est presque exclusivement employée aujourd'hui quand on veut suspendre temporairement le cours du sang dans le membre inférieur.

Certaines artères, bien que placées au sein

(1) *Nouv. Elémens de Méd. opérat.* tom. 1, pag. 175.

de parties très mobiles, peuvent être facilement comprimées; telles sont celles qui occupent les parois d'une cavité, comme la labiale dans les lèvres, l'épigastrique dans la paroi abdominale.

On emploie, *pour exercer la compression temporaire,* les doigts ou divers instrumens mécaniques.

a. *Doigts.* — Après s'être assuré de la situation de l'artère, et de la direction du plan plus ou moins solide sur lequel elle repose et qui doit servir de point d'appui à la compression, le chirurgien ne doit pas oublier que pour être facile et sûre cette compression doit être perpendiculaire à ce point d'appui, et qu'il n'est pas nécessaire d'un grand effort, pourvu qu'il soit exercé d'une manière convenable.

Il est indifférent de se servir du pouce ou des autres doigts. Si l'on emploie le pouce, on l'applique en travers du vaisseau, et l'on comprime comme si l'on appuyait sur un cachet; si l'on fait usage des doigts on les range le long du trajet de l'artère, tandis que le pouce est appuyé sur le point opposé de la partie, ou sur quelque saillie voisine. Lorsque la compression doit être long-temps continuée, il est bon, pour éviter la fatigue, que le chirurgien y fasse concourir le poids de son corps en s'inclinant sur le bras qui comprime, ou bien encore qu'il place les doigts de la main qui est libre au-dessus de ceux qui pressent sur le vaisseau. Ce mode de compression est le plus simple et le plus efficace quand il est exercé par une main intelligente et ferme; il présente l'avantage de n'arrêter le cours du sang que dans le vaisseau qu'il importe de comprimer; les tégumens et le tissu cellulaire qui le recouvrent ne sont ni fatigués ni contus; quels que soient les mouvemens du malade, les doigts suivent l'artère et continuent de l'aplatir; enfin, si dans le cours d'une opération, le chirurgien a besoin qu'un jet de sang lui fasse connaître la situation exacte des vaisseaux qu'il vient d'ouvrir, l'aide soulève légèrement les doigts et les réapplique aussitôt, ce qui est plus facile et plus rapide que de relâcher et de resserrer des instrumens plus ou moins compliqués.

b. *Pelote.* — Quelques chirurgiens substituent aux doigts une pelote allongée, simple ou surmontée d'un manche, qu'ils placent sur le trajet du vaisseau et par l'intermédiaire de laquelle ils le compriment. Ce moyen, déjà plus compliqué que celui dont il vient d'être question, est aussi moins avantageux : car, sans rien ajouter à la force de la main, il n'est pas, comme les doigts, un instrument sentant, et ne peut suivre avec autant de célérité tous les mouvemens du membre, reconnaître et comprimer l'artère dans toutes les situations et suivant toutes les directions qu'elle peut affecter. Ces inconvéniens sont encore plus marqués quand on surmonte la pelote d'un manche et qu'on en fait une espèce de cachet dont les extrémités peuvent se déplacer, et que l'on ne maintient jamais, sans de grandes difficultés, dans la même direction.

c. *Le garrot.*—Cet instrument est d'un emploi facile. On applique sur le trajet de l'artère une pelote, après avoir entouré le membre d'une compresse épaisse destinée à garantir la peau. Par-dessus le tout, on place un fort lacs dont on entoure deux fois le membre sans le serrer, et dont on noue les deux chefs sur le point opposé à la pelote. On engage entre la compresse et les deux circulaires que forme le lacs, et au-dessous du nœud, une plaque d'écaille ou de cuir bouilli, destinée à empêcher que les tégumens ne soient pincés pendant la torsion du lacs; puis on passe sous le nœud, et par conséquent sur la plaque, un bâtonnet ou un levier qu'on engage jusqu'à sa partie moyenne, et qu'on fait tourner ensuite en moulinet. Le lacs est tordu sur lui-même; le cercle qu'il forme est rétréci, la pelote fortement appuyée sur l'artère, et le cours du sang suspendu.

Cet instrument n'est employé qu'au bras ou à la cuisse dans le cours des amputations; il agit d'une manière exacte et sûre; mais 1o Il a le grave inconvénient de comprimer toute la circonférence du membre, d'où obstacle au retour du sang, et hémorrhagie veineuse à la surface de la plaie; 2o Il ne permet pas de lever et de rétablir facilement la compression lorsqu'il est besoin de révéler par le jet du sang les orifices des artères divisées; 3o lorsqu'il est placé trop près du point où l'on veut amputer, il empêche la rétraction des muscles, ainsi que Louis l'a depuis long-temps fait remarquer.

d. *Le tourniquet de Petit.* — Il se compose de deux plaques carrées, un peu cintrées, pouvant s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre à l'aide d'une vis de pression; sous l'une d'elles est fixé un coussin : une autre pelote libre et un lacs fixé aux plaques complètent l'appareil. Les plaques étant rapprochées, on applique le coussin qui revêt l'une d'elles sur le trajet de l'artère, et on l'y tient immobile d'une main tandis que de l'autre on entoure le membre avec le lacs, dont on engage l'extrémité libre dans la boucle qui termine l'autre bout; la seconde pelote est placée à l'extrémité opposée du diamètre du membre. Le membre ne doit être d'abord que médiocrement comprimé à l'aide de la boucle, mais, faisant bientôt tourner la vis de pression, on écarte les deux plaques, et l'on exerce une compression assez forte pour que le cours du sang soit tout-à-fait interrompu dans l'artère.

Les avantages du tourniquet de Petit sur le garrot sont évidens; il peut être placé et en-

levé avec facilité; il occupe peu d'espace; il n'exerce de compression capable de suspendre le cours du sang que sur deux points. Cependant, il offre encore l'inconvénient grave, dans certains cas, de s'opposer à la rétraction des muscles, et nous pensons encore que les doigts du chirurgien ou d'un aide intelligent doivent lui être préférés.

c. Nous en dirons autant du *compresseur* de Dupuytren et de quelques autres instrumens, trop compliqués ou trop embarrassans pour devenir jamais d'un usage habituel, surtout quand on veut n'arrêter que temporairement le cours du sang dans un membre.

B. *Moyens hémostatiques définitifs.* — Ceux-ci ont pour but d'oblitérer le calibre des artères divisées, en y développant les phénomènes de la cicatrisation. Il en existe un grand nombre.

1° *Réfrigérans.* Les plus en usage sont l'air, à l'action duquel on expose les parties, et l'eau plus ou moins froide, dont on fait, suivant le besoin, des aspersions, en la projetant ou la faisant tomber divisée et en forme de pluie; des affusions, en la versant avec abondance; des lotions, au moyen d'une éponge ou d'un linge mouillé; des applications, en laissant en contact avec les parties des compresses imbibées de ce liquide, ou en l'enfermant sous forme de glace pilée, dans une vessie qu'on applique et qu'on enlève alternativement pendant quelques minutes, afin d'éviter la congélation des parties que ne manquerait pas de déterminer un froid continu; enfin, des injections, en l'introduisant au moyen d'une seringue, dans quelques conduits ou dans quelques cavités. Les réfrigérans offrent de nombreux avantages lorsqu'ils sont employés avec discernement. La chirurgie, pourvue de moyens plus sûrs et dont l'action est plus prompte, ne s'en sert plus guère dans le cas d'hémorrhagie extérieure, que dans le dessein de hâter la cessation d'un écoulement de sang qui tend naturellement à finir; mais elle en retire les plus grands services lorsqu'il s'agit d'une hémorrhagie interne à laquelle on ne peut opposer d'autre moyen que de chercher à exciter directement la contractilité du tissu de la peau, afin de déterminer par sympathie, le resserrement des extrémités vasculaires intérieures.

Mais leur emploi offre deux inconvéniens principaux : le premier, c'est de laisser les malades exposés à la récidive de l'hémorrhagie, par l'effet du retour de la chaleur dans les parties, et quand le spasme déterminé par l'impression du froid a cessé; le second, et le plus grave, c'est d'occasioner souvent, par suite du refroidissement général et subit qu'ils produisent, et de la répercussion de la sueur plus ou moins copieuse que détermine toujours une hémorrhagie abondante, des inflammations intérieures souvent mortelles.

2° *Absorbans.* Ce sont des substances qui, appliquées à une surface saignante, ont la propriété de se pénétrer du sang qui s'écoule, de se l'incorporer, et de former avec ce liquide, un composé solide et adhérent, qui s'oppose à son écoulement ultérieur.

La plupart de ces substances sont molles et spongieuses: telles sont, la charpie, la toile d'araignée, l'amadou ou agaric de chêne, etc.

D'autres sont à l'état pulvérulent; telles sont les poudres de colophane, de lycopode, de sang-dragon, etc. Les premières ont assez de consistance pour être employées seules. Les autres, au contraire, ont besoin qu'on leur donne, en quelque sorte, un corps; c'est ordinairement une boulette de charpie, qu'on en imprègne et qu'on place ensuite sur la plaie. Malgré la vogue dont jouirent les absorbans, au siècle dernier et dans l'Academie de chirurgie, ils ne sont guère aujourd'hui mis en usage, que pour tarir les hémorrhagies en nappe.

Souvent ils ne réussissent que secondés par la compression, et presque toujours ils ont d'assez graves inconvéniens; ainsi, ils s'opposent à la réunion immédiate des plaies qu'ils forcent à suppurer; ils s'attachent fortement aux parties, dont ils ne se séparent quelquefois qu'avec difficulté et au bout d'un temps assez long; enfin, en se combinant avec le sang, ils forment à la surface des plaies un corps dur qui peut contondre et blesser les parties avec lesquelles il est en contact.

3° *Styptiques ou astringens.* On a réuni sous ce nom, les substances qui ont la propriété de condenser les tissus vivans, et de favoriser la coagulation du sang qui s'en écoule.

Pendant long-temps ils ont été employés à l'état solide contre les hémorrhagies qui suivent les opérations. Le sulfate de cuivre, l'alun, dits vers trochisques dans lesquels l'arsenic entrait en petite proportion, etc., furent mis en usage, et introduits, soit dans le calibre des vaisseaux, soit dans les chairs qui les environnent. C'est avec raison qu'on les a depuis long-temps bannis de la pratique; en effet, bien que la plupart d'entre eux que l'on regardait comme de simples astringens, soient de véritables caustiques, ils ne sont efficaces qu'autant que l'on soutient leur action par une compression méthodique; et alors même ils augmentent l'irritation; ils laissent les malades exposés aux hémorrhagies consécutives; et le chirurgien ne saurait compter en aucune façon sur la solidité de l'obstacle qu'ils apportent à l'effusion du sang.

La seule forme sous laquelle on emploie aujourd'hui les styptiques, est l'état liquide; l'eau vinaigrée et alumineuse, les solutions de sulfate

de fer et de cuivre, l'eau de Rabel sont les plus usités. Indiqués dans les mêmes cas que l'eau froide, et pouvant être employés de la même manière, ils ont une action plus énergique et plus continue; mais ils ont l'inconvénient de causer des inflammations plus vives.

4° *Caustiques.* La ligne qui les sépare des styptiques n'est pas parfaitement tranchée. Aussi quelques-uns d'entre eux, tels que la plupart des oxides métalliques, le sulfate de fer, l'alun, le sulfate de cuivre, les acides très étendus, dont l'action peu vive se borne long-temps à resserrer, à crisper les tissus avant de les désorganiser, ont été regardés par les uns comme de simples styptiques, et par d'autres comme des caustiques véritables : mais il est certaines substances dont l'action est plus vive, et dont la causticité n'est pas douteuse; tels sont, avec des degrés différens d'activité, le nitrate d'argent fondu, le chlorure d'antimoine ou de zinc, la potasse et la soude, les acides minéraux concentrés, etc.

De toutes ces substances on n'emploie ordinairement aujourd'hui que le nitrate d'argent fondu en cylindre et taillé en crayon, dont on applique l'extrémité sur les piqûres de sangsues qui fournissent du sang. Les autres sont maintenant abandonnées : solides, leur action est trop lente, et elles ont besoin d'être soutenues par une compression telle, qu'elle seule se charge, pour ainsi dire, d'arrêter l'hémorrhagie : liquides, ils se répandent sur les plaies, et portent leur action sur d'autres parties que celles qu'elles doivent désorganiser.

5° *Cautère actuel.* La cautérisation des vaisseaux à l'aide du fer incandescent est un des procédés les plus anciennement usités. Les chirurgiens ont long-temps cautérisé les parties en les divisant; ils ont même amputé les membres avec des couteaux rougis au feu, afin que, toute la plaie étant immédiatement réduite en escarre; le sang ne pût s'écouler au-dehors; mais il est douteux qu'un semblable moyen ait jamais réussi; et les praticiens les plus sages de ces temps d'ignorance et de barbarie, où la cautérisation était preque exclusivement en honneur, ne l'employaient qu'après que les opérations étaient terminées; c'est seulement alors, en effet, qu'il convient d'y avoir recours.

Le fer incandescent est le seul moyen que l'on puisse employer pour la cautérisation des vaisseaux. Le cautère doit être chauffé à blanc, et il faut l'appliquer à l'instant même où l'on retire la boulette de charpie avec laquelle on a desséché les parties. Souvent une première application est insuffisante, et il convient d'en faire une seconde, et même une troisième. Si l'artère est volumineuse, il est prudent de soutenir l'escarre par un appareil compressif qui s'oppose à l'effort par lequel le sang tend à la détacher; cette précaution ne peut être négligée que quand on a agi sur de très petits vaisseaux.

La cautérisation est impuissante quand elle est opposée à des hémorrhagies fournies par de gros vaisseaux. Les cas où on doit l'employer sont ceux où ni la ligature, ni la compression latérale ne sont praticables. Ainsi on cautérise les artères du frein de la verge ou de la langue; on doit encore appliquer le cautère quand, en même temps qu'il s'agit d'arrêter le sang, on se propose d'achever la destruction des tumeurs fongueuses, cancéreuses, érectiles; quand on opère sur des parties où le système capillaire sanguin est très abondant, et où le sang s'écoule en nappe de tous les points de la surface de la plaie : tels sont les cas d'opérations pratiquées sur les tissus érectiles de la verge, des grandes lèvres, sur la langue, etc.

Un précepte qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit quand on emploie la cautérisation, est qu'il vaut mieux désorganiser les parties au-delà de ce qui est nécessaire que de rester en-deçà. Si l'hémorrhagie n'est pas arrêtée de manière à ce qu'elle ne récidive pas, il est plus difficile de la combattre quand elle reparaît, que la première fois, parce qu'alors les extrémités des vaisseaux étant détruites, sont plus profondément cachées au milieu des chairs enflammées.

6° *Compression.* On l'exerce, ou directement sur l'orifice qui fournit le liquide, ou latéralement, et soit sur la plaie, soit sur le trajet de l'artère, entre le cœur et la plaie.

a. *Compression directe.* Lorsqu'on exerce la compression sur l'orifice béant d'une artère, il faut appliquer d'abord sur cet orifice une boulette de charpie peu volumineuse et plus ou moins solide; on la soutient avec le doigt, et on la recouvre successivement de plusieurs autres, de manière à former une pyramide dont la pointe est appliquée au vaisseau, et la base aux compresses et au bandage qui doivent remplacer l'action de la main. Si l'artère divisée appartient à une plaie profonde, il faut enfoncer dans celle-ci, avec plus ou moins de force un bourdonnet de charpie, ou un petit sac de toile fine dans lequel on fait pénétrer de la charpie. La compression directe a l'inconvénient d'être ordinairement peu efficace, difficile à appliquer, douloureuse et même dangereuse pour le malade. En effet: 1° quelque bien faite qu'elle soit, elle cesse d'agir peu d'heures après que l'on a commencé à l'exercer: les bandages et les compresses se relâchent; les parties s'accommodent à la nouvelle forme que les agens de compression tendent à leur donner, elles échappent à leur action; et bien qu'elles soient douloureusement froissées, la barrière qui s'oppose à l'hémorrhagie est cependant très faible; 2° ce moyen s'oppose à la

réunion des plaies et y rend la suppuration inévitable, abondante; 3o la pression excercée sur des parties enflammées peut faire naître de graves accidens, et même amener la mort des malades. Le professeur Boyer a vu périr un jeune homme qui avait eu l'artère tibiale postérieure ouverte, au bas de la jambe, près de la malléole interne, et deux autres malades chez lesquels l'artère pédieuse avait été intéressée dans une plaie transversale du dos du pied. « On aurait, ajoute judicieusement ce professeur, sauvé la vie à ces malades si, au lieu de comprimer en tamponnant la plaie, on eût mis l'artère à découvert par une incision, et qu'on eût fait la ligature » (*Trait. des mal. chir.*, t. I, p. 262). M. Lisfranc a vu plusieurs fois la compression établie dans la plaie, pour arrêter une hémorrhagie de l'artère temporale, déterminer la gangrène (1).

On ne doit donc recourir à ce mode de compression que lorsqu'il est le seul applicable. Ainsi l'on recommande d'agir par le tamponnement sur les vaisseaux profonds que l'on a divisés dans l'opération de la taille, de la fistule à l'anus, dans l'extirpation des tumeurs hémorrhoïdales internes, dans l'excision du col de l'utérus, dans l'extirpation du globe de l'œil, pour arrêter les hémorrhagies des tissus spongieux des os, à la suite de certaines amputations.

b. *Compression latérale.* — On peut l'exercer *sur la plaie*, et si l'on agit sur les membres, préférer le procédé de Guattani, lequel consiste à placer des compresses graduées sur la plaie et le long du trajet de l'artère, afin d'y ralentir ou d'y suspendre le cours du sang. Ce mode de compression dut sa vogue, dans le siècle dernier, à l'opinion où l'on était qu'il agissait en provoquant la formation d'un caillot à l'orifice divisé de l'artère, en contenant ce caillot, et en empêchant qu'il ne fût déplacé par l'effort latéral du sang. On doit à Scarpa principalement, d'avoir réfuté cette erreur, et d'avoir établi que, pour être efficace, la compression doit aplatir l'artère et en amener l'oblitération.

Ceci posé, il importe, pour établir la valeur de ce moyen, de distinguer, ainsi que l'a fait M. Lisfranc, les cas où la plaie est récente, et ceux où déjà les bourgeons charnus sont développés à sa surface, et où le pourtour de son trajet est enflammé.

Si la plaie est récente, la compression présente des inconvéniens qu'il est bien difficile d'atténuer; en effet, si elle n'est point portée au degré suffisant pour boucher la plaie de l'artère, le sang continue à s'échapper par cette plaie et, ne trouvant pas d'issue extérieure, il s'infiltre et s'épanche dans le tissu cellulaire. Si elle est assez forte pour s'opposer à l'issue du sang, à travers la plaie de l'artère, elle devient dangereuse pour les parties molles dont elle peut déterminer l'inflammation et la gangrène, avec d'autant plus de facilité que l'infiltration sanguine est plus considérable.

Mais il n'en est pas de même lorsque la plaie n'est plus récente : car la tuméfaction et l'épaississement du tissu cellulaire par l'acte inflammatoire, devant s'opposer à l'infiltration du sang, ce liquide devra s'accumuler dans le trajet de la plaie, et dès-lors il suffira d'une compression légère, à l'orifice externe de la plaie, pour s'opposer au retour de l'hémorrhagie.

On peut aussi exercer la compression latérale *sur l'artère entre la plaie et le cœur*. Nous ne reviendrons pas sur les conditions que doivent offrir les artères pour se prêter à ce genre de compression; nous dirons seulement qu'en général ce moyen ne saurait être employé avec avantage pour arrêter définitivement les hémorrhagies traumatiques.

Lorsque la compression est faible, elle reste inefficace; portée beaucoup plus loin, elle détermine de vives douleurs, et devient bientôt insupportable; mais, dans ce cas même, les artères échappent souvent à l'action des instrumens; elles glissent vers les lieux où elles sont le moins pressées; et il suffit que le sang passe en petite quantité à travers la plaie, pour déranger le travail de cicatrisation et d'oblitération de l'artère. Quelquefois cependant, dans des hémorrhagies survenues à la suite de l'amputation des membres, il a suffi de l'application momentanée du tourniquet, pour modérer le cours du sang dans le moignon, et arrêter l'hémorrhagie sans retour. M. le professeur Richerand (2) a fait connaître un cas où l'emploi de ce moyen a été éminemment utile. Ce chirurgien avait amputé le bras d'un jeune homme qui avait, quelques années auparavant, subi la ligature de l'artère brachiale, à la partie moyenne du bras. Deux heures après l'opération, une hémorrhagie s'étant déclarée malgré la quantité de ligatures placées sur les artérioles dilatées par suite de l'oblitération du tronc principal, il leva l'appareil, et voyant que toute la surface du moignon fournissait du sang en abondance, il mit de l'agaric sur la plaie, et fit l'application du tourniquet, un peu au-dessous du creux de l'aisselle. Une constriction légère fit cesser le saignement, et il suffit ainsi de modérer le cours du sang dans le moignon pour empêcher l'hémorrhagie jusqu'à l'établissement de la tuméfaction inflammatoire.

(1) *Des diverses méthodes et des différens procédés pour l'oblitération des artères dans le traitement des anévrysmes*, Paris, 1834, in-8o.

(2) *Nos. chir.*, t. 4, p. 513.

7° *Ligature.* La ligature des artères divisées est le procédé le plus simple et le plus sûr que l'on puisse opposer aux hémorrhagies. Ce serait dépasser les bornes de notre question et nous exposer à des redites que d'examiner les modes d'action des ligatures sur le tissu artériel; nous nous bornerons à ce qui, dans leur histoire, est strictement relatif au traitement des hémorrhagies traumatiques.

La ligature peut être appliquée soit sur l'extrémité divisée des artères, soit sur leur continuité et à une distance variable de la plaie.

1° *Ligature des bouts divisés.*—Nous lui distinguerons trois temps qui consistent : le premier, à saisir, le second, à isoler plus ou moins, le troisième, à lier l'extrémité divisée de l'artère.

Des pinces à disséquer, mais qu'il vaut mieux appeler pinces à ligature, constituent l'instrument à l'aide duquel les chirurgiens français et ceux de presque tout le continent saisissent les vaisseaux. Il convient d'en avoir de fortes pour les artères volumineuses, des moyennes et des petites pour les vaisseaux de médiocre grosseur, et pour ceux d'une grande ténuité.

Si avec des pinces trop aiguës on voulait saisir un gros vaisseau, elles en diviseraient les parois; si, au contraire, on appliquait un instrument volumineux à une très petite artère, il serait difficile de la saisir sans comprendre avec elle une grande quantité de parties. Les chirurgiens anglais emploient beaucoup une sorte de crochet très aigu et très délié qu'ils appellent tenaculum, avec lequel ils accrochent et attirent les artères. Cet instrument convient peu pour les artères volumineuses, parce qu'il en déchire facilement les tuniques, mais, appliqué aux très petits vaisseaux, il permet de les attirer avec beaucoup de facilité.

La plaie étant abstergée, l'opérateur, guidé par ses connaissances anatomiques, cherche les artères dans les lieux qu'elles doivent occuper. S'il ne les aperçoit pas avec facilité, il fait suspendre un moment la compression, et un jet de sang rouge les décèle; si leurs extrémités étaient cachées dans les anfractuosités de la plaie, il faudrait en écarter les saillies afin de les mettre à découvert. L'opérateur saisit ensuite l'artère, soit en introduisant l'une des branches de la pince dans sa capacité, soit en la saisissant par ses côtés opposés, et il l'attire au dehors de manière à la faire saillir au-delà de la surface de la plaie.

Avant de jeter le lien autour d'elle, il faut l'isoler des parties voisines, et principalement des veines et des cordons nerveux; la ligature des veines exposerait celles-ci à l'inflammation, et celle des nerfs, outre qu'elle coûterait de vives douleurs, pourrait encore amener des accidens nerveux plus ou moins graves. Il résulte des faits observés par M. Larrey, que le tétanos a plusieurs fois dépendu de cette cause. Il cite entre autres l'observation du fils du général d'Armagnac, l'un des blessés de la bataille d'Eylau, mort de tétanos à la suite de l'amputation du bras, et chez lequel on trouva le nerf médian compris dans la ligature de l'artère brachiale (1).

Quand les artères sont saines, il importe en outre, si l'on veut procéder à la réunion immédiate de la plaie et en assurer la réussite, de les isoler des parties molles soit fibreuses, soit musculaires qui les entourent, et dont la ligature augmenterait les chances d'inflammation et de suppuration; pour cela, il faut, après avoir saisi l'artère et l'avoir attirée au dehors, refouler, soit avec un intrument mousse, soit avec le pouce et l'indicateur, les parties qui l'entourent immédiatement. Toutefois, cet isolement complet nous paraît pouvoir être négligé dans les vaisseaux de petit volume, et il faudrait même l'éviter pour les grosses artères si quelque altération de leurs parois pouvait faire craindre la chute trop prompte de la ligature.

L'artère étant isolée, un aide saisit par sa partie moyenne le lien destiné à l'étreindre, et le porte sur le côté du vaisseau opposé à ses yeux; il en ramène vers lui les extrémités, en manœuvrant autour de la main de l'opérateur et de la pince, sans toucher ni à l'une ni à l'autre. Il fait alors un nœud simple, et saisissant les extrémités de la ligature à pleines mains, il en serre l'anse jusqu'à ce qu'elle n'ait plus que deux ou trois lignes environ de diamètre; rapprochant alors la main de cette anse, il applique tout près d'elle ses pouces, opposés par leur face dorsale, et il la porte avec eux dans l'intérieur des parties, en même temps qu'il la serre, sans exercer aucune traction sur le vaisseau. Ce premier nœud doit être médiocrement serré, et on le surmonte d'un second sur lequel il convient de tirer plus fortement, afin d'assurer la solidité de la ligature. Le nœud simple est aujourd'hui préféré avec raison au nœud double que pratiquaient nos prédécesseurs, et qui avait l'inconvénient de ne point embrasser le vaisseau avec autant d'exactitude, et de ne pouvoir être serré aussi facilement au gré de l'opérateur. L'observation malheureuse de Chopart ne saurait être oubliée.

2° *Ligature appliquée sur la continuité de l'artère, à plus ou moins de distance de la plaie.* — On peut pratiquer cette opération suivant deux méthodes : dans l'une, on embrasse, dans le lien, l'artère et les parties molles qui la recouvrent; c'est la ligature dite médiate; dans l'autre, on isole soigneusement le vaisseau des tissus qui l'avoisinent pour ne comprendre et ne serrer que lui; c'est la ligature immédiate.

(1) *Clinique chir.* t. 1, pag. 104.

a. *Ligature médiate.* — Nous n'avons point à nous étendre sur cette première méthode, qui ne put être conseillée qu'à une époque où l'on ignorait le mode d'action de la ligature sur le tissu artériel, et où les chirurgiens, peu versés dans l'étude de l'organisation, craignaient de porter le fer au voisinage des artères. Si nous la mentionnons ici, c'est qu'il est un cas où son emploi serait indiqué. Tel serait celui où une artère superficielle étant lésée et difficile à découvrir par la dissection, on ne pourrait arrêter l'hémorrhagie par l'un des moyens indiqués dans les précédens paragraphes. Il conviendrait alors de passer sous l'artère, à une distance peu considérable de la plaie, et avec une aiguille courbe, une anse de fil qu'on lierait ensuite sur un cylindre de parchemin ou de sparadrap roulé, afin de ne pas blesser la peau. On trouve l'origine de ce procédé dans l'apologie d'Ambroise Paré. Ce grand chirurgien raconte qu'un individu ayant eu l'artère temporale ouverte à la suite d'une chute sur la tête, et les moyens connus n'ayant pu arrêter l'hémorrhagie, il prit une aiguille enfilée et lui lia l'artère. Ce sont en effet les blessures des artères du cuir chevelu qui se prêtent le mieux à l'emploi de ce procédé. Renfermées en quelque sorte dans l'épaisseur de la peau ou fortement accolées à sa face profonde, ces artères ne peuvent que très difficilement être mises à découvert et isolées. Leur position superficielle rend l'opération facile, et si l'on excepte quelques filets nerveux peu importans, la ligature n'embrasse que la peau. Dans le mois de juillet 1830, nous avons vu Dupuytren l'employer avec un plein succès, sur un soldat suisse blessé à la tempe par un coup de feu, et chez lequel la chute des escarres amena des hémorrhagies que ni la compression ni la cautérisation ne purent arrêter.

b. *Ligature immédiate.* — A part ces cas assez rares, on doit, avant de lier une artère, diviser les parties molles qui la recouvrent et l'isoler des tissus qui lui sont accolés. Ce soin préliminaire constitue à lui seul la partie la plus difficile et la plus délicate de l'opération. Il nous paraît donc important d'en tracer ici les règles principales :

Les instrumens nécessaires sont des bistouris à tranchant convexe et à tranchant droit, un bistouri boutonné, des ciseaux mousses, des pinces à dissection, des sondes cannelées flexibles et non flexibles : et, si l'on veut lier des artères profondément placées, des aiguilles porte-ligatures telles que celles de Deschamps, de Desault ou de Langenbeck ; enfin le lien qui doit être porté sur l'artère.

L'on choisira le point où l'artère est plus superficielle, et surtout l'on aura soin que les branches collatérales volumineuses qu'elle fournit soient laissées le plus loin possible au-dessus de la ligature.

Pour déterminer d'une manière exacte la position du vaisseau et se mettre en garde contre les anomalies, l'on explorera les pulsations. Si elles ne peuvent être reconnues, il faudra établir le trajet de l'artère, d'apres ses rapports connus avec des saillies osseuses ou musculaires, de gros cordons nerveux, ou enfin d'après des signes conventionnels.

On conseille généralement d'interrompre la circulation dans l'artère, en comprimant celle-ci dans un lieu d'élection, à l'aide du tourniquet ou des doigts. Mais nous regardons, avec le professeur Bérard, cette pratique comme très incommode : car la compression étant exercée au-dessus du point où l'on opère, cause, dans le membre, une stase veineuse, qui fait ruisseler le sang à la surface de la plaie et masque les tissus sur lesquels on opère. Il est infiniment plus commode et plus sûr, de faire comprimer le vaisseau dans la plaie même ou dans son voisinage. Un aide pourrait être placé, par précaution, prêt à comprimer l'artère au lieu d'élection, s'il arrivait qu'elle fût blessée.

Les ligatures rondes et de moyenne grosseur réunissent aujourd'hui l'assentiment de la plupart des chirurgiens, et elles présentent en effet l'avantage de ne point couper trop promptement l'artère, et de ne pas exciter dans ses parois une inflammation trop vive et capable d'y troubler le travail de la cicatrisation.

A côté de cette opinion, se trouve celle de Scarpa qui, préoccupé du danger de la section des tuniques artérielles par les ligatures, se proposa pour but unique de les rapprocher sans les rompre. Il conseilla donc de les embrasser avec deux ligatures plates, médiocrement serrées sur un cylindre de sparadrap, long de quelques lignes, et d'enlever cet appareil au bout de trois ou quatre jours, espérant que cette compression temporaire amènerait l'adhérence des parois artérielles. Mais les expériences modernes ont prouvé que cette adhésion, sur laquelle Scarpa fondait le succès de son procédé, s'établirait difficilement, et dès-lors il a été abandonné.

Le procédé du professeur Roux diffère essentiellement de celui de Scarpa, en ce qu'il laisse les ligatures et les corps étrangers sur lesquels elles sont pratiquées, jusqu'à ce que la suppuration les ait détachées, et sous ce rapport, il agit véritablement à la manière des ligatures plates, et présente l'avantage de ne couper que lentement les tissus artériels. Bien que ce moyen compte de nombreux succès dans les mains de son auteur, nous ne pensons pas cependant qu'il doive, comme méthode générale, l'emporter sur celui que nous avons indiqué plus haut, et nous en réservons l'emploi pour les cas où les tuniques artérielles sont le siége d'une altération qui porte atteinte à leur résistance et à leur élasticité.

Enfin, nous croyons devoir dire deux mots d'un procédé décrit par Aétius et renouvelé dans ces derniers temps par M. Maunoir, qui consiste à placer deux ligatures à peu de distance l'une de l'autre, et à couper ensuite l'artère entre elles. Attribuant la section trop prompte d'une artère liée dans sa continuité à la rétraction opérée en sens opposé, par le tissu artériel, sur le point où la ligature est mise (rétraction qui peut être augmentée par les mouvemens inconsidérés des malades), M. Maunoir crut éluder par là cet inconvénient et placer les artères dans les conditions où elles se trouvent quand on a lié leurs bouts divisés à la surface d'une plaie.

Mais les faits n'ont pas entièrement confirmé ces vues théoriques; plusieurs fois on a observé des hémorrhagies par l'un des bouts, et d'ailleurs, on opère souvent dans des lieux où l'étroitesse de l'espace, la profondeur de l'artère, le voisinage des branches collatérales, ne permettent pas de découvrir le vaisseau dans une assez grande étendue.

Appréciation des méthodes de ligature. — La ligature appliquée sur les deux bouts d'une artère divisée est le plus sûr moyen d'arrêter les hémorrhagies ou d'en prévenir la récidive. Mais nous ne pensons pas qu'à l'exemple des chirurgiens anglais, on doive l'employer dans tous les cas et quelle que soit la situation de l'artère, au risque de causer de grands délabremens, des inflammations violentes et d'interminables suppurations. Nous n'imiterions pas la hardiesse de Guthrie qui, pour porter deux ligatures sur la partie supérieure de la cubitale, n'a pas hésité à diviser le faisceau musculaire considérable de la région antérieure et superficielle de l'avant-bras, et qui, dans un autre cas, est allé lier la péronière au travers des muscles du mollet.

Il se rencontre assez souvent des blessures avec hémorrhagie ou anévrysme faux primitif, dans lesquelles il est difficile ou même impossible de déterminer quel est le vaisseau divisé. Dans d'autres cas, on connaît la source du sang; mais elle est située trop profondément pour qu'on puisse, sans causer de graves désordres, la découvrir et lier l'artère au dessus et au dessous de la blessure. On est alors réduit à lier cette artère, ou même le tronc qui lui donne naisance, entre le cœur et la plaie, mais à une distance assez considérable de celle-ci.

Il est vrai de dire que les hémorrhagies traumatiques sont beaucoup moins favorables que les anévrysmes proprement dits au succès de la méthode d'Anel. Mais c'est alors une nécessité que d'agir de la sorte; et d'ailleurs on peut, si la méthode d'Anel échoue, recourir plus tard à la ligature des deux bouts, dans les cas où elle est rigoureusement possible.

Dupuytren qui fut en France, un des premiers et des plus zélés défenseurs de la méthode d'Anel appliquée au traitement de certaines hémorrhagies traumatiques, a encore établi par des faits un cas où cette méthode doit l'emporter sur celle qui consiste à lier les deux bouts. C'est celui dans lequel une fracture, sans plaie aux tégumens, se trouve compliquée de la déchirure d'une artère et d'un anévrysme faux primitif. Ce cas s'est présenté souvent à la jambe, et constamment jusqu'ici, la ligature de l'artère a suffi pour faire cesser l'hémorrhagie. Si l'on compare la simplicité des suites de cette opération, aux difficultés qu'on éprouverait pour trouver l'artère lésée au tissu cellulaire infiltré de sang, au danger qu'il y aurait à mettre en contact avec l'air un vaste foyer sanguin, pourra-t-on hésiter un seul instant entre ces deux méthodes.

8° *Torsion des artères.* La torsion des artères est un procédé opératoire qui consiste à saisir un tube artériel et à le tordre plusieurs fois sur lui-même, afin de rompre ses tuniques internes, et d'en déterminer l'adhésion, par un mécanisme que les détails dans lesquels nous sommes entré ailleurs, nous dispensent de reproduire ici.

La section trop prompte des artères par l'effet des ligatures, les obstacles que le séjour des fils oppose à la réunion immédiate, sont les principaux inconvéniens qu'on a voulu éviter en pratiquant la torsion; elle présente du reste l'avantage très important de pouvoir être exécutée sans le secours d'aucun aide.

Indiquée par Galien, mais oubliée pendant long-temps, comme la plupart des procédés hémostatiques, la torsion des artères, d'un usage journalier en médecine vétérinaire, a été récemment reproduite, ou, pour mieux dire, découverte presque en même temps par MM. Velpeau, Amussat et Thierry.

On peut pratiquer la torsion sur la continuité d'une artère blessée comme sur l'extrémité béante d'un vaisseau tronqué; c'est surtout dans cette dernière condition qu'elle est applicable aux artères divisées.

Procédés opératoires. — Dans des expériences sur des animaux vivans, M. A. Thierry (1) a pratiqué la torsion sur la continuité des tubes artériels divisés, et loin de la blessure, et il a réussi à arrêter le cours du sang dans le vaisseau; mais ces expériences n'ayant pas été répétées, que nous sachions, sur l'homme, nous ne nous en occuperons pas ici, et nous nous bornerons à faire connaître les procédés de torsion qui ont été appliqués sur l'extrémité du vaisseau ouvert.

Ils se rapportent à deux modes: la torsion libre, ou limitée.

(1) *De la torsion des artères.* Paris, 1829, in-8, fig.

La torsion libre est celle qui se fait en saisissant le vaisseau par son extrémité, puis, après l'avoir attiré légèrement et parallèlement à son axe, en le tordant, quatre, six, huit ou dix fois, selon son volume. M. Thierry se sert pour opérer cette espèce de torsion de la pince à artères de Percy.

Ce procédé auquel on a reproché, avec raison, d'être douloureux, d'exposer à une inflammation le long des tuniques du vaisseau, et à la rupture de la branche collatérale qui naîtrait à une distance peu éloignée, a cependant été reproduit par M. Fricke de Hambourg (1), qui se sert pour l'opérer de pinces à mors larges et plats.

Le procédé le plus en usage parmi nous est celui de la torsion limitée.

Pour la pratiquer, M. Velpeau (2) saisit avec une pince à coulisse quelconque ou même avec une pince ordinaire, l'extrémité du vaisseau, l'attire au-dehors de la plaie, l'isole des tissus environnans; puis il le saisit près sa base avec une seconde pince pour le fixer, tandis qu'avec la première il opère la torsion trois ou quatre fois pour les petites artères, et jusqu'à huit pour les grosses.

M. Amussat (3) a ajouté des perfectionnemens importans aux procédés à l'aide desquels on peut pratiquer la torsion des artères.

Il se sert de pinces à mors allongés, aplatis, dont la forme permet de saisir les parois du vaisseau, sans exposer à les déchirer, et qui peuvent être maintenues fermées au moyen d'un verrou qui glisse sur une de leurs branches. A leur extrémité simple, quelques-uns de ces instrumens sont munis d'un petit bistouri tranchant sur sa concavité, ou *bistouri tenaculum*, qui peut servir au besoin à déchausser le vaisseau pour l'isoler complètement des tissus voisins.

M. Amussat a d'abord opéré la torsion comme nous venons de dire que le fait M. Velpeau.

C'est-à-dire en fixant l'artère avant de la tordre, seulement il lui est arrivé de se servir pour cela de ses doigts au lieu de pinces.

Mais, depuis quelque temps, ce chirurgien a ajouté à cette manière d'opérer une modification à laquelle il paraît attacher beaucoup d'importance.

Après avoir attiré le vaisseau, il le presse brusquement soit avec son ongle, soit avec la seconde pince, de manière à couper les deux tuniques internes; cela fait, il le fait passer en quelque sorte à la filiaire entre les mors de cet instrument, de manière à refouler les tuniques coupées vers la cavité du vaisseau, et à ne saisir pour la tordre que la tunique externe. L'auteur pense qu'en agissant de la sorte, on met bien plus sûrement les malades à l'abri d'une hémorrhagie consécutive, puisque l'extrémité du vaisseau se trouve fermée par une double valvule, savoir celle qui est formée par les deux tuniques refoulées, et celle qui est constituée par la tunique externe.

Il pense encore que la torsion poussée jusqu'à rupture de la portion saisie par les pinces qui l'opèrent, est préférable à celle qui laisse *le tourillon* dans la plaie.

Nous ne terminerons pas sans dire que M. Kluge a imaginé une pince surmontée d'un ressort qui, par sa détente, opère la torsion du vaisseau.

La torsion des artères a été essayée par un assez grand nombre de praticiens.

A mesure que les procédés, à l'aide desquels on peut l'opérer, se perfectionnent, elle obtient des succès plus constans. Déjà plusieurs praticiens recommandables l'ont substituée à la ligature.

Cependant cette méthode a été l'objet des objections suivantes : il est difficile de saisir isolément les vaisseaux d'un petit calibre, ceux qui sont entourés de tissus lardacés, ceux dont les parois sont ossifiées; et dans tous ces cas, la torsion ou n'est pas meilleure, ou est moins bonne que la ligature : quand un vaisseau est caché dans le fond d'une anfractuosité, on aimera probablement toujours mieux l'entourer d'une ligature lorsqu'on sera parvenu à le saisir, que de s'exposer à le rompre, et par conséquent, à le perdre en voulant le tordre.

D'un autre côté, les tourillons, quand on les laisse, forment, comme les ligatures, de véritables corps étrangers qui doivent être éliminés par la suppuration, et, par conséquent, s'opposer à la réunion des plaies par première intention ; et quand on tord jusqu'à la rupture et la séparation de la portion saisie, qui répondra que cette séparation ne se fera pas au niveau du tour le plus rapproché de l'orifice du vaisseau, de manière à ne laisser qu'une barrière insuffisante pour résister à l'impulsion du sang ?

Enfin si l'on considère qu'une ligature bien faite tombe du huitième au douzième jour, et que, pendant ce temps elle ne s'oppose à la réunion de la plaie que dans les points correspondant à son trajet, et que, si d'autres causes ne s'opposent pas à cette réunion, elle se trouve terminée trois ou quatre jours après la chute des fils, de manière à ce que la cure ne dure que dix à quinze ou vingt jours, comme dans

(1) *De la torsion des artères*, par Ch.-Ang. Christ. Schrader de Brunswick. Traduit du latin, etc., par Petit. Paris, 1834, in-8°.

(2) *Recherches sur la cessation spontanée des hémorrhagies traumatiques primitives, et sur les moyens qui, dans certains cas, pourraient servir de succédanés à la ligature.* Paris, 1830.

(3) Villardebo. *Essai sur les moyens que la chirurgie oppose aux hémorrhagies artérielles traumatiques primitives*, Thèse, n. 78. Paris, 1830.

la plupart des cas où l'on a obtenu, à la suite de grandes opérations, ce que l'on a appelé une *réunion immédiate* (1); on comprendra comment, malgré les succès obtenus en France par MM. Velpeau, Amussat, Blandin, Roux, Bedor, etc., et en Allemagne par MM. Fricke, Schrader, Dieffembach, etc., beaucoup de praticiens hésitent encore à substituer la torsion à la ligature.

En somme, bien qu'il y ait lieu d'espérer que la torsion des artères constituera un jour une ressource importante pour la chirurgie, il faut attendre que des observations plus nombreuses aient mieux fait connaître et ses avantages et ses inconvéniens.

B. *Veineuses.* — Les moyens à l'aide desquels on a proposé d'arrêter les hémorrhagies veineuses sont beaucoup moins variés que ceux qu'on a mis en usage pour arrêter les hémorrhagies artérielles. Une des conditions les plus importantes à remplir dans le traitement de ces hémorrhagies, c'est de remonter à leur cause. Nous ne saurions trop insister sur ce point, que quand ces hémorrhagies sont fournies par des ramuscules capillaires ou par des branches d'un petit calibre elles tiennent souvent à la gêne des mouvemens respiratoires, ou bien à un obstacle au cours du sang veineux, et qu'il en est fréquemment encore ainsi, lorsque ce sont de gros troncs qui les fournissent à l'occasion de piqûres ou d'incisions longitudinales de peu d'étendue. La position déclive de la partie en augmentant l'effort latéral de la colonne sanguine contre les parois des veines, est encore une cause qui entretient la perte du sang veineux. Il est donc de la plus haute importance, lorsque l'on veut remédier à une hémorrhagie du genre de celles qui nous occupent, de chercher la cause qui la produit ou l'entretient afin de la détruire, s'il est possible. Cette condition est tellement indispensable que sans cela on ne peut espérer de réussir.

Toutes les fois que le vaisseau est incisé sur le côté, on doit tâcher, pour peu qu'il soit important, de conserver son calibre. La compression et la ligature en donnent les moyens: la première peut être exécutée à l'aide d'une compresse que l'on place sur la plaie, de manière à ce que tout en la recouvrant, elle appuie plutôt vers le bout qui regarde les radicules, que vers le côté qui regarde le cœur. Cette compresse sera soutenue par une bande médiocrement sérrée. Le bandage que l'on applique, après l'opération de la saignée, au pli du bras, est un modèle que l'on doit se proposer de suivre en pareil cas, quel que soit le volume du vaisseau divisé.

Si la compression n'était point applicable à cause de la situation du vaisseau ou pour tout autre motif, et que la plaie fût très étroite, il faudrait avec un *tenaculum* en soulever les lèvres et appliquer autour une ligature, de manière à conserver, le plus possible, le calibre de la veine.

En même temps, on aidera la cure par une position du membre qui, en facilitant le cours du sang, diminuera son effort latéral contre les parois du vaisseau, et, au besoin, par une saignée qui en diminuera la masse.

Lorsqu'une veine est complètement coupée en travers, elle doit pour toujours devenir impropre à la circulation dans le lieu de sa section. Dès-lors il faut agir comme pour déterminer l'oblitération de son canal. On appliquera sur le bout inférieur une compression assez forte pour en aplatir les parois, et si ce moyen ne suffit pas, on embrassera chacun des bouts dans une ligature. Il arrive assez souvent, à la suite des amputations des membres inférieurs, qu'une veine, étant tronquée entre une valvule et l'embouchure d'une collatérale volumineuse, verse du sang en jet à la surface du moignon; dans ce cas encore, c'est la ligature qu'il convient d'appliquer, moyen qui ne semble pas avoir autant de danger que Travers lui en impute.

C. *Epanchemens sanguins.* — Favoriser la résorption du sang épanché, prévenir l'inflammation des parois du foyer, et empêcher surtout qu'il ne s'établisse une suppuration, telles sont les indications que les collections de sang dans le tissu cellulaire présentent en général à remplir. Les moyens d'y satisfaire et que je ne puis qu'indiquer ici, sont entièrement antiphlogistiques: ce sont le repos de la partie, l'obturation des plaies, les applications résolutives, les irrigations et les fomentations d'eau froide, la compression. Quand l'épanchement est fort étendu, et qu'on a lieu de craindre qu'il ne se développe quelques symptômes d'inflammation locale, il faut pratiquer une ou plusieurs saignées du bras, plutôt que d'appliquer des sangsues sur la peau d'un foyer qui a tant de tendance à s'enflammer d'une manière fâcheuse.

Si malgré l'emploi de ces moyens l'inflammation se déclare, il faut cesser la compression, insister sur les saignées, et remplacer les fomentations froides par des cataplasmes émolliens et résolutifs.

Enfin si l'inflammation se termine par suppuration, il faut ouvrir largement le foyer, afin de procurer l'évacuation entière de la matière épanchée, et éviter les inconvéniens de son séjour prolongé.

Obs. XI. — *Epanchement sanguin sous la peau; à la partie interne du genou. — Résolution.* — Hallemann (François), horloger, âgé de quarante-trois ans, d'une constitution assez robuste

(1) Voyez mon mémoire *De la réunion immédiate des plaies, de ses avantages et de ses inconvéniens*, Paris, 1834, in-8°.

et d'un tempérament sanguin, entra à l'Hôtel-Dieu, le 13 juillet 1826. Il avait été, dix-sept jours avant, renversé par une voiture en passant dans la rue, et était tombé avec violence sur le genou droit, dont le côté interne était venu frapper sur une grosse pierre : la douleur fut très vive et il ne put se relever seul. Au bout de quelques heures, il survint au côté interne du genou et de la cuisse, un gonflement considérable qui augmenta encore les jours suivans et auquel vint se joindre une vaste ecchymose d'une couleur bleuâtre. La tumeur était molle au centre et offrait à sa circonférence un gonflement inflammatoire assez dur. Des sangsues et des cataplasmes furent appliqués en ville.

A son entrée à l'hôpital, le gonflement avait entièrement cessé, l'ecchymose avait disparu, la peau avait repris sa couleur naturelle, mais elle était encore soulevée dans une grande étendue par une masse de liquide, dont la nature et le siége étaient difficiles à déterminer de prime-abord. En effet, la tumeur formée par cette collection de liquide occupait le tiers inférieur de la cuisse, où elle était très large, se rétrécissait en passant au côté interne de la rotule et descendait jusque près de l'extrémité inférieure de cet os, où elle s'élargissait de nouveau. Par cette disposition dans son trajet, elle simulait assez bien la saillie formée par la synoviale dans l'hydropisie du genou ; et comme elle dépassait en haut les limites de cette membrane, on aurait pu admettre après un examen superficiel que le même coup qui avait déterminé le décollement de la peau dans une grande étendue, avait donné lieu en même temps à la déchirure de la synoviale, et que la collection de liquide consistait en un épanchement de sang et de synovie ayant son siége tout à-la-fois dans l'intérieur de l'articulation et au voisinage, dans le tissu cellulaire déchiré. Mais une remarque importante venait détruire cette hypothèse sur le siége de l'épanchement : si celui-ci, en effet, eût communiqué dans l'intérieur de l'articulation, la synoviale se serait trouvée plus ou moins distendue dans les différens points de son trajet, et on aurait reconnu des signes de fluctuation au côté externe de l'articulation, comme à son côté interne : le liquide qui, par la pression de la main, refluait avec facilité de la partie supérieure à la partie inférieure de la tumeur, aurait dû refluer également de dedans en dehors et serait venu distendre la synoviale au côté externe du ligament de la rotule, et au côté externe du tendon commun du triceps et du droit antérieur de la cuisse, comme on l'observe dans l'hydarthrose.

Ces signes de communication manquant absolument, on ne dut considérer la tumeur fluctuante que comme un épanchement de sang formé par suite d'une déchirure du tissu cellulaire et situé sous la peau qui était décollée dans une grande étendue.

Les accidens inflammatoires dont cette tumeur s'accompagnait dans le principe avaient cessé ; l'ecchymose avait disparu ; la peau avait repris sa couleur naturelle et ne présentait aucun amincissement qui dût faire craindre une ouverture spontanée et par suite l'introduction de l'air dans l'intérieur du foyer.

Le repos, les applications de topiques résolutifs, un bandage compressif, une saignée générale, telles furent les prescriptions.

Pendant cinq jours, diminution de la douleur qui n'était pas entièrement dissipée : nul changement apparent dans le volume de la tumeur sanguine qui persistait à-peu-près au même degré. On continue l'emploi des topiques résolutifs ; au sixième jour les deux tiers de la tumeur semblent s'être tout-à-coup résorbés ; le septième l'épanchement avait entièrement disparu. La peau avait repris son degré de tension ordinaire et était venue adhérer à la paroi opposée du foyer. Une légère douleur sembla vouloir prendre naissance, mais des bains la dissipèrent, et le malade fut guéri.

§ II. Traitement des hémorrhagies consécutives.

On comprend, d'après ce que nous avons dit plus haut, de quelle gravité sont dans un grand nombre de cas les hémorrhagies consécutives, et que le chirurgien ne saurait apporter trop de soins et d'attention pour soustraire le blessé aux causes qui peuvent les produire. Mais si, malgré toutes les précautions, ou par l'omission de quelques-unes, ces hémorrhagies viennent à se manifester, c'est vers la connaissance de leur cause, de leur source, qu'il doit diriger toute sa sagacité pour pouvoir y remédier convenablement. Cette recherche est difficile pour le chirurgien, douloureuse pour le malade, car elle se fait à la surface d'une plaie enflammée ; il faut souvent aller trouver entre des inégalités le vaisseau qui fournit, et ce n'est souvent aussi qu'après avoir pressé et même déchiré le tissu cellulaire qui s'infiltre de sang, qu'on découvre ce vaisseau.

Lorsque les hémorrhagies consécutives ont lieu par la surface de la plaie, que le sang coule en nappe, et qu'elles sont le produit du travail inflammatoire, ou de la constriction trop grande de l'appareil, il faut, après s'être assuré que les ligatures tiennent bien, couvrir mollement la plaie, et appliquer un bandage simplement contentif. Il faut modérer le travail inflammatoire par des saignées révulsives et des topiques froids, fréquemment renouvelés, dans le voisinage de la blessure.

Est-il nécessaire de dire que l'hémorrhagie par récurrence dans le bout inférieur exige la ligature des deux bouts de l'artère ou tout

autre moyen capable, selon le cas, de boucher le bout inférieur.

Lorsque les hémorrhagies consécutives ont lieu parce qu'une ligature a glissé ou a coupé prématurément l'artère, ce qui arrive surtout sur les vaisseaux de ce genre qui ont éprouvé un commencement d'ossification, il faut, après s'être rendu maître du cours du sang, si l'artère est volumineuse, absterger la surface de la plaie et recourir à un des moyens suivans : 1o Placer une autre ligature en attirant l'artère avec des pinces. Il est rare qu'on puisse y parvenir, et d'ailleurs l'inflammation qui s'est emparée de l'artère l'a rendue *sécable ;* la nouvelle ligature coupera promptement le vaisseau, cette ressource ne peut être que d'une bien faible utilité pour ne pas dire illusoire ; 2o la ligature médiate faite à l'aiguille en comprenant une certaine épaisseur des tissus ambians, ou bien faite en énucléant avec la pointe d'un bistouri l'artère recouverte de parties environnantes. Malgré quelques succès, c'est encore un moyen incertain, car la ligature porte aussi sur des tissus enflammés qui se couperont avec facilité si elle est fortement serrée, et l'artère ne sera pas oblitérée si elle ne l'est que faiblement ; 3o la compression par un tampon sur l'extrémité du vaisseau ouvert, et même l'application d'un bouton de feu me paraissent être des moyens trop faibles pour s'opposer à l'écoulement du sang par une grosse artère ; 4o la ligature faite au moins à six pouces au-dessus de la blessure, ou même la ligature de l'artère principale d'un membre, est le moyen qui offre le plus de chances de succès et le plus de sécurité ; 5o dans quelques cas, enfin, on est obligé de recourir au moyen extrême de l'amputation.

Lorsque le vaisseau est d'un petit calibre ; lorsqu'on n'a pu le saisir avec des pinces ou qu'une seconde ligature a été inefficace, la compression sur l'orifice du vaisseau ou l'application d'un bouton de feu peuvent être des moyens suffisans; il faut toutefois retarder par des topiques répercussifs la chute de l'escarre.

La cautérisation me paraît le seul moyen d'arrêter les hémorrhagies consécutives, qui se font dans les tissus érectiles. Quant aux hémorrhagies capillaires consécutives qui se font tardivement chez des individus faibles, scorbutiques, et dont j'ai parlé en dernier lieu, c'est par les astringens, les styptiques qu'il faut s'en rendre maître, et au lieu de saigner les malades il faut leur donner des alimens analeptiques, des boissons aiguisées avec des acides minéraux.

ARTICLE VII.

Traitement général des hémorrhagies.

Le traitement général des hémorrhagies traumatiques ne doit être considéré que comme un auxiliaire au traitement local, mais cet auxiliaire n'est pas sans importance. Il se compose de plusieurs ordres de moyens qui s'adressent à des époques différentes. Les premiers s'appliquent au premier temps de l'hémorrhagie, à l'époque où le système circulatoire jouit encore de toute son énergie, et où la masse du sang n'est point encore notablement diminuée. Les seconds ont pour but de combattre la faiblesse et l'anémie.

En tête des moyens du premier ordre, on place le repos absolu, une diète sévère, les boissons froides et légèrement acidulées et aussi les préparations de digitale. La saignée a aussi été conseillée, mais ce moyen demande à être dirigé par une main habile. On ne doit point oublier qu'autant son efficacité est incontestable quand il s'agit de détourner un mouvement fluxionnaire actif, autant elle est incertaine, lorsqu'il s'agit d'une lésion de continuité. Elle peut pourtant avoir l'avantage en diminuant la masse du sang et la force d'impulsion du cœur, de donner une puissance relative plus grande aux moyens hémostatiques, mais on ne doit pas perdre de vue que des pertes diminuent la plasticité du sang et par conséquent sa tendance à former le caillot obturateur.

Lorsque l'hémorrhagie continue de manière à produire des symptômes d'anémie, alors on doit chercher à soutenir le malade par des boissons fortifiantes, les amers, les ferrugineux et les analeptiques non excitans.

CHAPITRE II.

DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES EN PARTICULIER.

Il nous reste, pour terminer la tâche qui nous a été imposée, à étudier les hémorrhagies traumatiques en particulier; c'est-à-dire partout où elles peuvent se rencontrer, et surtout là où elles offrent quelque accident particulier, digne d'intérêt, ou quelque indication spéciale, importante à remplir.

Nous les étudierons par région, confondant dans un même examen, les hémorrhagies capillaires, veineuses et artérielles, celles qui sont le résultat d'un accident, et celles qui sont la suite d'une opération; car la lésion est la même dans ces deux derniers cas, avec cette différence toutefois, qu'elle est ordinairement plus simple à la suite d'une opération, parce que la plaie étant plus régulière et faite en général d'après un plan arrêté, l'accident est mieux prévu et les vaisseaux lésés plus faciles à rencontrer. On sent qu'il ne peut être ici question que d'une esquisse des plus rapides.

ARTICLE PREMIER.

HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES DE LA TÊTE.

§ Ier. Hémorrhagies fournies par les artères qui rampent à la surface du crâne.

Les plaies de tous les genres peuvent léser l'une ou l'autre, ou plusieurs des artères nombreuses qui rampent à la surface du crâne; et il en est de même des opérations (extirpations de loupe, ouverture d'abcès, trépan, artériotomie), que l'on pratique sur cette partie.

Bien que d'un volume assez peu considérable, les artères de l'extérieur du crâne fournissent quelquefois des hémorrhagies abondantes et difficiles à arrêter, à cause des nombreuses communications qu'elles ont entre elles, et de la difficulté que la texture dense des tissus dans lesquels elles rampent, opposent à ce que l'on puisse les saisir pour les lier ou les tordre avec facilité.

En général, on oppose la compression à l'hémorrhagie qu'elles fournissent, et celle-ci doit être établie autant que possible, non pas dans la plaie, mais à côté; il ne faut pas se borner à comprimer sur la lèvre qui répond au cœur; il faut encore comprimer sur la lèvre opposée, ou tout autour de la plaie, car la surface du crâne est une des régions où les hémorrhagies par le retour du sang, au moyen des anastomoses, dans le bout excentrique des vaisseaux, sont les plus fréquentes et les plus faciles.

On l'exerce au moyen de compresses graduées que l'on soutient à l'aide d'un bandage serré; sur les régions temporales on emploie souvent le *nœud d'emballeur*. La résistance qu'offrent les parois osseuses du crâne, fournit un point d'appui suffisant à l'action du bandage compressif.

Cependant, eu égard au nombre considérable de nerfs, que l'on rencontre dans cette partie, la compression est quelquefois si douloureuse, que les malades ne peuvent la supporter; on l'a vue déterminer des inflammations graves et même la gangrène, quelquefois enfin, mais rarement, quoique convenablement appliquée, elle reste inefficace.

Il faut alors commencer par examiner si l'artère est complètement divisée; et dans le cas où elle ne le serait pas, en achever la section. Ce procédé suffit souvent pour arrêter sans retour, l'hémorrhagie, surtout quand il est appliqué au tronc de l'artère temporale, qui est moins fortement que les autres unie aux parties voisines. C'est ainsi que l'on arrête fréquemment l'hémorrhagie qui se manifeste d'une manière opiniâtre à la suite de l'opération de l'artériotomie.

Lorsque ce procédé ne suffit pas, ou n'est pas applicable, il faut recourir à la ligature.

Cette opération est ici rendue difficile par la texture très dense du tissu cellulaire fibreux qui environne les vaisseaux et qui rend leur isolement laborieux; aussi plusieurs praticiens appliquent-ils sur ces vaisseaux la ligature médiate. Une autre cause de difficulté, c'est que

le trajet de ces artères étant moins bien déterminé que celui de la plupart des autres artères du corps, il est par cela même difficile de tomber juste, quand on veut les mettre à découvert.

§ II. Hémorrhagies traumatiques de l'intérieur du crâne.

Ces hémorrhagies se font ou à l'extérieur du cerveau, ou dans la substance du viscère.

Les premières se font ou entre le crâne et la dure-mère, et alors elles sont fournies par l'artère méningée moyenne ou par les capillaires qui unissent la dure-mère aux os; ou au-dessous de la dure-mère, et alors, elles sont fournies par les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau.

Les secondes sont très rares à la suite de l'action des instrumens vulnérans qui divisent nettement la substance cérébrale. Elles sont plus fréquentes à la suite de l'action des instrumens contondans, parce que alors la substance du cerveau meurtrie, laisse toujours suinter une certaine quantité de sang, ou s'en laisse au moins pénétrer; mais alors les accidens se confondent avec ceux de la contusion cérébrale.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie qui se fait à l'intérieur du crâne détermine la *compression* du cerveau, et c'est aux symptômes de cette compression qu'on la reconnaît. Ces symptômes sont: le coma, la respiration stertoreuse et l'hémiplégie. Celle-ci a des caractères qu'il est important de bien connaître, et il suffit souvent de considérer l'état de la face pour en constater l'existence. La bouche est attirée du côté non paralysé; la joue du côté opposé est flasque et se laisse distendre par l'air qui sort de la poitrine; les paupières sont à demi fermées, les yeux immobiles ou déviés en haut; si on lève le bras ou la jambe du côté malade on trouve ces membres flasques, et quand on les abandonne ensuite à leur propre poids, le malade les laisse retomber sur son lit lourdement et comme des corps tout-à-fait inertes: si on fait la même expérience du côté opposé, outre que le malade lutte quelquefois contre l'effort que l'on fait pour les détacher du lit ou les étendre, il les soutient quand on les laisse retomber, et la chute en est beaucoup moins lourde; si l'on pince ces membres, il les retire et donne par ses murmures ou ses gémissemens sourds des signes d'impatience et de douleur; si l'on fait la même expérience du côté affecté, le malade ne retire pas les membres, mais il témoigne quelquefois de la douleur, et alors il fait quelques efforts avec le membre sain pour en écarter la cause.

Ces symptômes sont faciles à suivre. Ils appartiennent plus spécialement à l'épanchement qui siége au-dehors de la dure-mère: les épanchemens traumatiques qui se font à la surface du cerveau dans la cavité de l'arachnoïde les produisent aussi, mais d'une manière moins pure, parce que ces cas supposent presque toujours une lésion du cerveau lui-même. Quelquefois même les symptômes de la lésion cérébrale paraissent seuls, et l'épanchement ne se manifeste par aucun symptôme.

En général, la paralysie attaque le côté du corps opposé à l'épanchement, mais cette règle n'est pas tellement constante qu'elle ne souffre quelques exceptions.

On distingue la compression produite par l'épanchement sanguin, de celle qui dépend d'un enfoncement des os du crâne en ce que celle-ci est instantanée; tandis que la première se manifeste en général quelques instans après le coup, et marche ensuite graduellement de telle sorte qu'on en peut suivre les progrès.

On doit distinguer les symptômes de la compression du cerveau, de ceux de deux autres accidens primitifs des blessures reçues à la tête, qui ont avec eux quelque analogie, c'est-à-dire de la contusion et de la commotion.

Nous ne pouvons entrer ici dans de longs détails. Bornons-nous à dire que ce qui caractérise surtout la commotion quand elle a lieu à un degré assez élevé pour amener la suspension des fonctions cérébrales, c'est, d'une part, l'instantanéité de ses symptômes qui ne sont jamais plus marqués qu'au moment même de l'accident et qui diminuent ensuite graduellement; et d'autre part un sommeil profond, sans paralysie, sans contracture, sans respiration stertoreuse, dont on tire très difficilement le malade, et dans lequel il retombe aussitôt, jusqu'à ce qu'enfin il ait cessé par dégrés.

Quant à la contusion, ses symptômes primitifs sont obscurs; mais cependant, on peut souvent les apprécier. Ils indiquent une affection plus *localisée* que la commotion et la compression: ce sont, ou la perte isolée de quelque fonction cérébrale, celle de la mémoire de certains mots, celle de la perception de la lumière et du son par exemple, ou la contracture soit de certains muscles, soit même de tout un côté du corps; plus tard ce sont ceux de l'inflammation du cerveau, et plus tard encore ordinairement, ceux de la compression cérébrale, indices de la formation d'une collection purulente.

Dans un assez grand nombre de cas, les symptômes primitifs manquent, et ceux de la contusion du cerveau, inaperçue jusque-là, ne se manifestent que du cinquième au douzième jour, et quelquefois plus tard par les accidens de l'inflammation de ce viscère.

En résumé, pour la compression, coma et hémiplégie; pour la commotion, sommeil tranquille; pour la contusion, contracture des

muscles, ou perte d'un sens, ou d'une faculté cérébrale; tels sont les symptômes principaux appartenant à chacun des trois états que nous comparons dans la période de leur durée et aux degrés d'intensité où ils peuvent se ressembler.

L'hémorrhagie de l'intérieur du crâne est une affection grave, qui, très souvent, entraîne la mort des malades par suite de la suppression des fonctions du cerveau qu'elle occasione quand ses progrès ne sont pas arrêtés.

Lorsque ces diverses affections existent combinées, on peut presque toujours, avec du soin, distinguer les accidens qui appartiennent à l'une, de ceux qui caractérisent les autres.

Traitement. — On doit d'abord chercher à arrêter les progrès de l'épanchement de sang, et ensuite s'efforcer d'en faciliter la résorption; mais pour cela, il faut qu'il ne fasse pas des progrès trop rapides et que la mort ne soit pas imminente, car alors il serait indiqué de recourir à un moyen plus direct pour soulager le cerveau de la compression qu'il éprouve.

On fera donc une ou plusieurs saignées proportionnées à la force du sujet et à l'intensité du mal; des sangsues seront appliquées derrière les oreilles, de manière à provoquer un écoulement de sang continu. Il faut, surtout si quelque symptôme primitif de contusion s'est manifesté en même temps que ceux de la compression, surveiller attentivement l'époque où les symptômes inflammatoires apparaissent, pour revenir à une large saignée générale, si le pouls vient, à cette époque, à acquérir plus de fréquence et de dureté. L'on reprendra ensuite les applications de sangsues en permanence autant de temps que la continuation des accidens l'exigera ou que les forces du malade le permettront.

Dès le début du traitement, on applique des réfrigérans sur la tête; à l'intérieur, on administrera le petit lait émétisé, ou de légers purgatifs, pour établir une irritation révulsive sur le tube digestif; des lavemens jouissant de la même propriété seront injectés dans le rectum, tandis que des cataplasmes simples ou légèrement sinapisés et souvent renouvelés, seront appliqués sur les jambes et autour des pieds.

J'ai guéri par cette méthode de traitement plusieurs individus affectés de compression du cerveau par épanchement de sang dans la cavité du crâne.

Mais lorsque, malgré ce traitement, les symptômes de compression s'aggravent rapidement, il faut sans hésiter ouvrir une issue aux liquides épanchés par l'opération du trépan, non-seulement quand des symptômes évidens font connaître le lieu précis qu'occupe l'épanchement, mais encore dans ces cas douteux, si fréquens dans la pratique, où l'on n'a que des présomptions sur le siége de la collection. Dans ces cas désespérés, l'opération du trépan ne peut rien ajouter à la gravité du mal, mais elle peut sauver le blessé, si l'on rencontre juste.

Il faut pourtant savoir que cette ressource est encore très précaire, lors même que l'on découvre l'épanchement, car dans ce cas le sang ne reste pas liquide, il forme au contraire, soit entre la dure-mère et les os, soit dans la cavité de l'arachnoïde, un coagulum épais et adhérent qu'il est extrêmement difficile de détacher en totalité. Souvent même j'ai observé une solution de continuité à la dure-mère, faisant communiquer le caillot qui se trouve entre la dure-mère et le crâne avec le caillot intra-arachnoïdien. Il faut encore savoir que dans les cas d'épanchement considérable, même à l'extérieur de la dure-mère, et lorsque l'on parvient à détacher tous les caillots au moyen d'injections poussées doucement, ou avec la tête d'un porte-mèches, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois, il y a des circonstances où le cerveau reste déprimé et ne fait aucun effort pour revenir sur lui-même, de sorte que l'opération n'a pour résultat que de laisser un vide proportionné à l'épaisseur et à l'étendue de l'épanchement.

L'opération offre donc peu de chances de salut. On sait que Desault, dégoûté de ses insuccès, avait fini par l'abandonner, et y avait substitué l'emploi des révulsifs. Dans ces derniers temps, M. Gama (1), qui a adopté la méthode du traitement indiqué plus haut, a aussi beaucoup insisté sur l'inutilité du trépan.

Cependant, des faits authentiques et nombreux ne permettent pas de douter qu'en ouvrant le foyer principal de l'épanchement, on peut enlever la cause principale des accidens, et en confiant à l'absorption le soin d'emporter le reste, conduire les malades à une heureuse guérison. Je crois que c'est à tort que l'on rejette le trépan d'une manière aussi exclusive.

Mais le trépan pratiqué pour remédier aux suites d'une hémorrhagie peut lui-même devenir la source de cet accident. La crainte d'ouvrir l'artère méningée moyenne et le sinus longitudinal supérieur ont fait depuis longtemps ériger en précepte de ne point trépaner sur le trajet de ces vaisseaux. Cependant, l'expérience a prouvé qu'ils pouvaient être ouverts impunément. Warner, Lassus, Dupuytren ont observé la lésion du sinus longitudinal supérieur. J'ai vu le dernier, dans un de ces cas, arrêter l'hémorrhagie en pinçant pendant quelque temps la plaie avec une petite baguette de bois vert fendue à son extrémité.

M. Larrey a arrêté par la cautérisation, à l'aide d'un stylet boutonné rougi au feu, l'hé-

(1) *Traité des plaies de tête*, 2e édition, Paris 1835.

morrhagie provenant de la lésion de l'artère méningée moyenne. Physick a employé le tamponnement et Dorsey la ligature. D'autres ont introduit dans l'ouverture du trépan un bouchon de liége percé à son centre.

Les plaies qui ouvrent largement le crâne peuvent aussi produire les mêmes lésions. Dans tous ces cas, le sang qui s'écoule a bien plus de tendance à se porter au-dehors qu'à former un épanchement dans une cavité aussi exactement remplie que celle du crâne, et l'on peut en général se rendre maître du sang par des moyens simples, tels que ceux que nous avons indiqués :

Les principaux faits émis dans cet article trouveront leur preuve dans les observations suivantes.

Obs. XII. — *Anévrysme de l'artère méningée moyenne, incisée pour une loupe. — Mort par hémorrhagie* (*Krimer, journal de Graefe*). (1) — Cette tumeur prise et opérée pour une loupe existait à la tempe gauche et avait la grosseur d'une noix, elle était fixée à l'os même par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire que l'opérateur coupa d'un seul coup de bistouri ; mais à l'instant un jet de sang artériel vint l'effrayer, il crut avoir ouvert la temporale profonde, l'exploration la lui démontra intacte, l'ouverture qui fournissait le sang avait son siége dans l'os lui-même. Quoique la malade n'eût perdu qu'une livre et demie de sang, elle tomba en syncope et mourut quelques heures après. Il paraît qu'après l'ablation de la tumeur, l'artère se retira de l'ouverture faite à l'os et que le sang dont l'écoulement au dehors était empêché par le tamponnement, continua de s'épancher dans l'intérieur du crâne.

M. Richerand (2) a publié un cas d'hémorrhagie de la temporale par la piqûre d'une sangsue arrêtée par le cautère actuel.

Obs. XIII. — Le sujet était un très jeune enfant sur lequel inutilement on avait employé les moyens compressifs ordinaires, et même le nœud d'emballeur, M. Richerand eut recours avec succès, à l'application de l'extrémité d'une clef non forée, rougie à blanc, sur la petite plaie.

Obs. XIV. — *Artère sphéno-épineuse.*—Dans un cas de fracture du crâne et de trépanation sur l'angle pariétal, la compression latérale ayant été inutilement employée, pour arrêter une hémorrhagie fournie par l'artère sphéno-épineuse, on s'en rendit maître en introduisant dans l'ouverture de petits morceaux de cire (3).

Obs. XV. — *Plaie pénétrante du crâne. — Hémorrhagie très abondante. — Guérison.* — Un domestique d'une famille noble avait reçu un coup sur la ligne médiane de la tête d'avant en arrière ; le corps vulnérant avait pénétré jusqu'au corps calleux, les vaisseaux et le sinus longitudinal supérieur avaient été divisés ; deux livres de sang et au-delà s'écoulèrent par la plaie, la lipothymie survint ; les personnes présentes crurent que le domestique était mort. Je fus mandé ; le malade fut réveillé comme d'un profond sommeil, le sang coula de nouveau ; ayant mis à nu la plaie qui égalait tout le grand diamètre de la tête et parvenait, comme je l'ai dit, au corps calleux, je pansai, avec du coton imbibé de styptiques et recouvert de poudres astringentes : l'écoulement s'arrêta ; le quatorzième jour l'appareil fut levé et le sang ne s'écoula plus. Je continuai les pansemens avec des digestifs. Le vingtième jour la substance cérébrale qui était à nu, devint rouge, se couvrit de bourgeons charnus ; je continuai les mêmes pansemens, et, avec l'aide de Dieu, le malade guérit très bien (4).

Obs. XVI. — *Plaie de la tempe avec division de l'oreille, produite par deux coups de sabre. — Ouverture de l'artère temporale. — Mort.* — Dans les premiers jours de février 1820, le docteur Carron de Villards fut appelé à donner ses soins à un officier supérieur, que l'on venait de trouver à une heure du matin baigné dans son sang, sur la place Paesana, à Turin. C'était le colonel de Maréchal qui, chargé de vérifier les comptes suspects des sous-officiers des chasseurs aux gardes, avait été assailli par deux de ceux-ci au moment où il rentrait chez lui. Étourdi par le coup, il n'avait pu crier au secours, et il avait succombé à une hémorrhagie produite par l'ouverture complète de la temporale au niveau du pavillon de l'oreille : le blessé nageait dans des flots de sang que l'on évalua à plusieurs kilogrammes.

Obs. XVII. — *Contusion sur l'occiput; accidens, mort. — Epanchement sous la dure-mère. — Fêlure des os du crâne.* — Wepfer cite le cas d'un homme de cinquante ans, qui se fit une forte contusion à l'occiput; des accidens se manifestent, comme délire, écoulement de sang par l'oreille droite et la bouche... il meurt enfin au milieu d'un état apoplectique.

On trouve beaucoup de sang épanché vers la dure-mère; cet épanchement se prolonge jusqu'à la base du crâne et à la moëlle. La base du crâne était fracturée. (Latour, vol. 1, p. 56.)

Obs. XVIII. — *Chute et épanchement dans les ventricules du cerveau.* — Rossignol tombe d'un deuxième étage; la stupeur d'abord se déclare, puis l'hémiplégie apparaît au côté gauche. Le malade meurt le cinquième jour.

(1) *Archives de médecine*, t. 17, 1828, p. 593.

(2) *Journal général*, 1819, t. LXVIII, p. 217.

(3) Latour, *Histoire philosophique et médicale des hémorrhaghies, de leurs causes*, etc. Paris, 1828, 2 vol. in-8°, t. 1, p. 35.

(4) *De Marchettis*, p. 6.

On trouve dans le centre de l'hémisphère droit du cerveau un épanchement considérable de sang coagulé, ainsi que dans les ventricules latéraux. (Latour, vol. 1, p. 59.)

Obs. XIX. — *Contusion au crâne. — Mort le cinquième jour. — Epanchement.* (Valsalva.)— Un homme de soixante ans se frappe fortement la tête. Paralysie au bras gauche; pouls dur; respiration laborieuse. Le quatrième jour, il perd l'usage de la voix; le cinquième, il meurt.

On trouve à l'ouverture deux onces de sang dans le ventricule droit du cerveau. (Latour, vol. 1, p. 160.)

Obs. XX. — *Contusion sur l'œil. — Ruptures des veines ophthalmiques. — Epanchement de sang à la base du crâne.— Mort.*—Fernel raconte qu'un homme ayant reçu un coup sur l'œil droit, tomba comme frappé d'apoplexie; douze heures après, il était mort.

On reconnut que les veines inférieures de l'œil avait été déchirées et avaient laissé s'épancher deux cuillerées de sang à la base du crâne. (Latour, vol. 1, p. 57.)

Obs. XXI. — *Chute. — Epanchement. — Compression. — Vingt-sept applications de trépan. — Guérison.*— Stalpart Vanderviel rapporte que Philippe de Nassau Weickens tomba de cheval; aux symptômes, on reconnut qu'il y avait épanchement: on appliqua vingt-sept fois le trépan, et à la vingt-septième application seulement, on découvrit l'épanchement. Le malade guérit parfaitement, vécut encore quatre ans et pouvait même boire plus après cet accident qu'il ne le faisait avant. (Latour, vol. 1, p. 54.)

Obs. XXII. —*Coup de poing sur la tête.—Mort. — Epanchement de sang dans les ventricules.* —Henri de Heers raconte qu'une femme ayant été frappée d'un coup de poing sur la tête, tomba comme frappée d'apoplexie, et mourut bientôt.

Les ventricules étaient distendus et remplis d'un sang coagulé. (Latour, vol. 1, p. 59.)

Obs. XXIII. — *Epanchement de sang considérable sans hémiplégie complète. — Contusion du cerveau.*— En 1829, on apporta dans mon service à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, une femme âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, qui était tombée pendant la nuit dans un escalier. On ne put avoir aucun renseignement sur ce qu'elle avait éprouvé depuis sa chute; voici dans quel état elle se trouvait à son entrée: trouble des idées, air inquiet, œil hagard, parole brusque; elle opposait une assez grande résistance à ce qu'on la déshabillât, et l'on fut obligé de la contenir à l'aide du gilet de force.

Tous les membres étaient également sensibles et mobiles; le pouls était fréquent et développé.

La partie antérieure de la tempe gauche, la région voisine du front et de l'orbite offraient un gonflement et une ecchymose considérables. Le point correspondant à l'apophyse orbitaire externe du coronal, était mou, dépressible, et pouvait simuler une fracture avec enfoncement de cet os. Sur les membres existaient plusieurs traces de contusion.

(Saignée de trois palettes; résolutifs sur la tempe et le front, infusion de fleurs de tilleul et d'oranger.)

Le deuxième jour, même état; soif intense; devoiement léger.

(Saignée, lavement émollient, avec addition de dix gouttes de laudanum de Rousseau, sérum.)

Le troisième jour, peu d'agitation; pas de sommeil; paroles incohérentes; douleurs légères à la partie antérieure de la tête; soif très vive; langue un peu rouge sur les bords; pouls assez fréquent et peu développé. (Dix sangsues derrière chaque oreille; sérum.)

Le quatrième jour, trouble des idées peu marqué; faiblesse légère du bras gauche; embarras de la parole; pesanteur de tête; soif intense, douleur à la région épigastrique. A des distances plus ou moins grandes et ordinairement toutes les quatre ou cinq minutes ont lieu des accès épileptiformes; les yeux deviennent tout-à-coup immobiles et se dirigent bientôt fortement à gauche; les paupières, de ce côté, sont agitées de mouvemens convulsifs, ainsi que la commissure labiale correspondante qui, de plus, est fortement déviée dans le même sens; le cou se gonfle; le larynx subit des mouvemens rapides d'élévation et d'abaissement, le tronc se courbe latéralement, de manière à devenir concave au flanc gauche. Les membres du même côté, d'abord fortement étendus, sont ensuite agités de mouvemens alternatifs de flexion et d'extension, ou de tremblemens convulsifs. La respiration est haute et précipitée; le pouls très fréquent; il y a insensibilité à tous les stimulans. Cet état persiste pendant un quart de minute environ, et fait place à une stupeur qui se dissipe par degrés.

(Douze sangsues derrière chaque oreille. Leurs piqûres saignent abondamment pendant toute la journée.)

Le cinquième jour, les accès sont moins fréquens. (Vingt sangsues; sinapisme aux jambes.)

Le soir ils ont presque entièrement disparus; la faiblesse du bras gauche n'est pas appréciable; le malade paraît calme, et répond très bien aux questions qu'on lui adresse. Elle assure n'avoir jamais été malade avant cet accident et n'être jamais sujette à l'épilepsie (les renseignemens pris hors de l'hôpital ont été conformes à ceux qu'elle a fournis). Le sixième jour plus d'accès; le dévoiement est calmé.

Le septième jour au matin, sans cause appréciable, les accès sont revenus aussi fréquens

et aussi forts qu'auparavant; le bras gauche est flasque et retombe quand on le soulève; la sensibilité y est obtuse; la jambe de ce côté offre les mêmes symptômes, mais à un degré moins marqué. Du reste, pouls petit et fréquent, face peu animée, œil fixe, douleur à la tête et à l'estomac. (Douze sangsues derrière les oreilles, rubéfians aux jambes, boissons émollientes.)

Du huitième au douzième jour, les accès diffèrent peu de fréquence et d'intensité. L'état de la malade, dans leurs intervalles, reste aussi variable, l'affaissement néanmoins semble aller en croissant. La bouche se dévie légèrement à droite : la parole est un peu embarrassée; la faiblesse des membres du côté gauche devient très prononcée; le supérieur est plus affecté que l'inférieur, et la sensibilité plus diminuée que la motilité La malade conserve assez bien ses facultés intellectuelles, et se plaint toujours de la tête et de l'épigastre, elle a une soif excessive et ne sort de son état d'affaissement que pour demander à boire, et avoir immédiatement après un accès de mouvemens convulsifs. On insiste, mais sans succès, sur les boissons délayantes, les applications de sangsues derrière les oreilles, en petit nombre, et souvent répétées; les rubéfians sur les extrémités inférieures et quelques lavemens purgatifs.

Le treizième et le quatorzième jour au matin, la faiblesse est extrême, les accès, très violens, se succèdent à de courts intervalles; la contracture est plus prononcée; l'intelligence libre; la tête et le cou sont renversés en arrière; la malade porte souvent la main droite à la tête et demande à boire à chaque instant.

Le quatorzième jour au soir, les yeux sont entr'ouverts et immobiles; les pupilles contractiles et médiocrement dilatées, la sensibilité est obtuse; la déglutition très difficile; la respiration stertoreuse; le pouls fréquent, très petit; la malade demande sans cesse à boire d'une voix affaiblie et mourante. La respiration devient encore plus difficile pendant la nuit, augmentation des mouvemens convulsifs; à quatre heures du soir la malade est morte.

Autopsie. — Le tissu cellulaire qui revêt la moitié gauche du crâne est infiltré de sang, ainsi que celui du voisinage de la suture fronto-pariétale, qui est disjointe dans la plus grande partie de son étendue. Il existe là entre les os un intervalle d'une demi-ligne au moins, rempli de sang concret; le pariétal droit à son angle antérieur inférieur, offre une fêlure qui s'étend jusqu'à la suture squammeuse ; rien sur la dure-mère; du sang brunâtre, fluide, environ deux ou trois onces, est renfermé dans l'arachnoïde, au niveau de la face convexe de l'hémisphère ; un caillot également de deux ou trois onces, épais de quatre ou cinq lignes dans son centre, et de couleur chocolat, adhère assez fortement au feuillet méningien de cette membrane, il tapisse presque toute la face convexe de l'hémisphère droit, dont les circonvolutions sont déprimées. La tente du cervelet, sur sa face supérieure, ainsi que les fosses cérébrales droites antérieures et moyennes, sont occupées par du sang demi coagulé. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sang. Le lobe moyen de l'hémisphère, du côté droit, offre, à sa partie externe, une contusion large d'une pièce d'un franc, et qui s'étend à quatre ou cinq lignes de profondeur. Une bouillie brunâtre a remplacé la substance cérébrale qui reprend graduellement sa consistance et sa couleur, à mesure que l'on s'éloigne du centre de la désorganisation.

Le feuillet de l'arachnoïde qui recouvre l'hémisphère gauche, présente un peu d'épaisseur et d'opacité. Les autres parties du cerveau sont intactes, ainsi que le cervelet. Les ventricules contiennent à-peu-près une once de liquide.

Obs. XXIV. — *Fracture du crâne, déchirure de la carotide gauche dans le canal carotidien, épanchement considérable dans le crâne, hemiplégie du même côté.* — Le 26 janvier 1836, on apporta, salle Sainte-Jeanne, à onze heures du matin, un individu qui venait de faire une chute de vingt pieds. Il était tombé sur la tête. A la partie supérieure gauche de la tête, il existe une plaie contuse d'où il s'écoule peu de sang. Le malade est sans connaissance; les yeux, entr'ouverts, sont insensibles à la lumière, la bouche est aussi entr'ouverte, les ailes du nez sont fortement dilatées, la respiration se fait avec bruit et difficulté, elle est râleuse plutôt que stertoreuse; les pupilles sont légèrement dilatées et immobiles; le pouls est plein, mou. Du côté droit, au bras et à la jambe, il y a contracture; si on soulève ces membres, ils retombent, mais moins pesamment que ceux du côté gauche où l'insensibilité et la résolution sont complètes. De ce dernier côté, avec quelque force qu'on pince la peau, le malade n'en témoigne aucun signe d'impatience. Il ne s'est écoulé aucune matière fécale ni urinaire. Deux saignées peu abondantes.

Sangsues derrière les oreilles en permanence, eau froide sur la tête, sinapismes aux mollets, petit lait émétisé.

A la visite du soir, son état est peu modifié, la respiration est plus précipitée. Tout annonce une fin prochaine : du sang s'écoule par la bouche et le nez. Le malade meurt le 27 au matin, à cinq heures trois quarts.

Autopsie. — Raideur cadavérique très prononcée. Le crâne est scié circulairement. Du côté gauche, entre la dure-mère et le crâne, dans la région temporale et la fosse moyenne, on trouve un vaste épanchement circonscrit, qui s'étend d'avant en arrière, dans une étendue de six pouces sur trois de haut en bas. Ce caillot a un pouce d'épaisseur au centre. La

fracture du crâne s'étend depuis le pariétal gauche, la portion écailleuse du temporal, le rocher, jusque sur la base du sphénoïde, la grande aile droite et le rocher du même côté. La petite aile du sphénoïde de ce côté est séparée du frontal; l'hémisphère gauche du cerveau, dans les points correspondans au caillot, est déprimé, enfoncé; les ventricules contiennent un peu de sérosité sanguinolente. Des traces de contusion occupent la portion gauche de la protubérance, et vont se perdre insensiblement vers la ligne médiane.

Épanchement sanguin dans la plèvre gauche et dans l'épaisseur du muscle grand-pectoral du même côté. Fracture des deuxième, troisième, quatrième, cinquième côtes gauches.

Obs. XXV. — *Chute sur la tête. — Commotion et compression du cerveau. — Fracture des os du crâne. — Opération du trépan; malgré l'évacuation du sang, le cerveau reste déprimé. — Mort.* — Le nommé Fleuriot, concierge, âgé de 67 ans, a été trouvé, le 15 octobre 1834, couché sur la place du Carrousel; on l'a immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu, où il a offert les symptômes suivans:

Il est couché sur le dos, dans une immobilité absolue, son visage pâle et défiguré est recouvert de sang desséché, la bouche est déviée à gauche, un peu entr'ouverte, ses lèvres s'élèvent et s'abaissent à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration; les paupières de l'œil gauche sont tuméfiées, fortement ecchymosées, du sang est infiltré sous la conjonctive oculaire, la pupille de ce côté est un peu dilatée, celle du côté droit est très resserrée, du sang s'est écoulé par l'oreille gauche et la narine du même côté, une tumeur large existe au côté gauche du crâne, elle offre un bord supérieur arrondi qui la limite dans ce point, elle paraît occuper tout l'espace que recouvre le muscle temporal; elle est dure dans toute son étendue et offre seulement un peu d'empâtement dans quelques points; la tête rasée entièrement, n'a offert en aucune autre partie de traces de plaie ou de contusions.

Une contracture très prononcée existe également aux deux membres supérieurs et s'oppose à ce qu'on puisse étendre les avant-bras sur les bras; le membre droit retombe plus lourdement que le gauche, il en est de même pour le membre inférieur, du même côté; la sensibilité est encore un peu conservée aux deux membres du côté gauche, elle paraît abolie à droite; la peau est froide, surtout aux extrémités; l'haleine exhale une odeur de vin très prononcée, le pouls est lent et faible, le malade ne répond à aucune question, la respiration est haute, accélérée.

On se borne d'abord à le réchauffer avec une boule remplie d'eau chaude, des cataplasmes synapisés sont appliqués aux extrémités; sous l'influence de ces moyens, la réaction s'est établie, la contracture a cessé d'être aussi manifeste et la résolution du côté droit est devenue plus marquée.

Saignée ℥ XII, petit-lait stibié, 2 ou 3 sangsues sont appliquées toutes les heures derrière chaque oreille.

17. La figure est plus altérée encore que la veille, la bouche est ouverte, la commissure du côté gauche est plus pendante que celle du côté opposé, le pouls qui s'est notablement affaibli est intermittent, la résolution des membres supérieur et inférieur du côté droit est encore plus prononcée que la veille, elle commence aussi à être sensible du côté opposé, la sensibilité est complètement abolie des deux côtés; la respiration est stertoreuse.

Il ne restait qu'un seul moyen à employer, c'était la trépanation; encore les circonstances fâcheuses dans lesquelles se trouvait le malade rendaient-elles les chances de cette opération bien douteuse.

Elle fut néanmoins pratiquée.

Une incision cruciale a été faite au côté gauche du crâne, à trois travers de doigts au-dessus de l'apophyse mastoïde, à la partie la plus reculée de la tumeur sanguine, les parties qui ont été incisées étaient infiltrées de sang, le périoste était détaché dans une grande étendue.

La dénudation des os du crâne a rendu apparente une fracture transversale des os en ce point; une couronne de trépan a été appliquée et a perforé rapidément ces os dont l'épaisseur n'est pas considérable; dès que la pièce d'os a été enlevée on a pu apercevoir un épanchement de sang noir et en caillots qui occupait dans la cavité crânniene une étendue considérable; sa consistance a exigé l'emploi de curettes, de pinces pour évacuer cette énorme poche au fond de laquelle on apercevait la dure-mère agitée par les mouvemens du cerveau qui étaient très faibles; cet organe n'a point repris son ressort après que l'obstacle causé par le sang a été enlevé.

Le malade n'a pas été très affaibli par l'opération, la plaie a été pansée à plat; un linge cératé et de la charpie ont tenu relevé les lambeaux des parties molles, ces pièces d'appareil ont été soutenues par quelques tours de bande, et l'on a donné à la tête une position telle que l'ouverture qui venait de lui être faite correspondît au point le plus déclive.

La malade est mort 4 heures après.

Autopsie. — Vingt heures après la mort. — Il existe de la raideur dans les membres.

Crâne. — Une infiltration de sang considérable existe au côté gauche de la tête; ce liquide, dont la couleur est noirâtre, forme une couche assez uniforme entre la peau et l'aponévrose superficielle du muscle temporal d'une part, et de l'autre entre ce muscle et les os qui forment la fosse qu'il recouvre.

Du même côté, la dure-mère est décollée dans une grande étendue, le sinus longitudinal et les sinus latéraux, sont détachés des os auxquels ils se fixent, il n'y existe aucune déchirure; le sang épanché a été fourni par l'artère méningée moyenne.

La fracture qui a été constatée du vivant de l'individu s'étend de l'occipital à la portion mastoïdienne du temporal, et gagne de là le rocher qui est divisé de sa base à son sommet.

Une petite lamelle osseuse appartenant aux apophyses d'Ingrassias du même côté, est enfoncée.

Il n'existe point de fracture à la lame criblée de l'ethmoïde, ni au rocher du côté opposé.

L'extrémité antérieure des deux lobes antérieurs du cerveau est le siége d'une violente contusion qui est plus prononcée à droite qu'à gauche; la substance encéphalique, combinée avec le sang dans une étendue de six lignes, est ramollie.

Le sommet du lobe moyen du côté gauche offre une altération semblable.

Des ecchymoses partielles existent dans la substance blanche de l'hémisphère gauche; un pointillé marqué s'observe du côté opposé.

Thorax. — Les cavités gauches du cœur ne contiennent qu'une petit quantité d'un sang noirâtre; leurs parois sont revenues sur elles-mêmes; à droite, le liquide est plus abondant.

Les deux poumons adhèrent dans toute leur étendue aux parois de la poitrine; leur parenchyme est infiltré d'une sérosité sanguinolente; il n'est point ramolli.

Abdomen. — Le foie a conservé sa consistance normale. Le tube digestif n'est le siége d'aucune altération.

Obs. XXVI. — *Déchirure du sinus latéral gauche à la suite d'une chute sur le crâne; disjonction de la suture lambdoïde; fracture comminutive du rocher du même côté; hémorrhagie abondante par l'oreille.* — Le 2 mai, au soir, le nommé Leroy balayeur, étant ivre, tomba dans un escalier. Il fut relevé et mis dans son lit, où il resta pendant deux jours sans faire appeler de médecin; pendant tout ce temps le sang coula abondamment par l'oreille et coulait encore le troisième jour, qu'il se leva pour aller chercher une sage-femme, son épouse étant sur le point d'accoucher. Il parcourut un espace de plus de deux lieues, avec la même agilité qu'il l'eût fait en bonne santé. A son retour, il se plaignit d'un peu de fatigue et de mal de tête. Le sang avait cessé de couler par l'oreille. Alors tous les symptômes augmentèrent d'intensité; somnolence, délire, résolution complète du côté droit, etc. Il meurt le quatrième jour de l'accident, à dix heures du soir.

A l'autopsie, on trouva une fracture de la base du crâne, de l'apophyse mastoïde, du couduit auditif du côté gauche, et une déchirure énorme du sinus latéral du même côté, à l'endroit où il s'ouvre dans le trou déchiré postérieur.

Immédiatement au-dessous du pariétal, dans le lieu où a porté la violence extérieure, il y a un épanchement sanguin circonscrit entre l'os et la dure-mère, qui présente une circonférence de 5 à 6 pouces. Les lobes antérieurs du cerveau sont contus.

L'absence des phénomènes de compression dans les premiers momens peut s'expliquer de la manière suivante : le sinus déchiré, communiquant avec la fracture du rocher, et cette dernière avec l'oreille externe; le sang au lieu de s'amasser dans le crâne et de comprimer le cerveau, suivit la voie qui lui était ouverte et s'écoula par l'oreille. La quantité de sang écoulé a été évaluée à trois livres, et tant que dura l'hémorrhagie, les phénomènes de compression ne se manifestèrent pas (1).

§ III. Hémorrhagies traumatiques de la face.

Les artères de la région sourcillière, celles de la joue, celles qui rampent à la surface du nez, peuvent être intéressées par des plaies ou des opérations; mais il est extrêmement rare qu'elles fournissent une hémorrhagie de quelque importance; presque toujours, au contraire, ou le sang s'arrête de lui-même, ou bien on réunit la plaie par la suture, et alors encore l'écoulement de sang se trouve solidement réprimé; enfin, lors même qu'il y a plaie avec perte de substance, l'impression de l'air, la ligature, la torsion de l'orifice vasculaire, ou enfin la simple compression de l'appareil, suffisent pour suspendre efficacement l'hémorrhagie.

J'ai plusieurs fois, dans des cas d'affection cancéreuse du nez, enlevé toute cette éminence avec une partie considérable des joues et de l'épaisseur de la lèvre supérieure, et jamais cette opération n'a donné lieu à une hémorrhagie qui ait exigé autre chose que la ligature ou une légère compression de l'appareil.

Comment donc expliquer le fait suivant rapporté par Fabrice de Hilden (2).

Obs. XXVII. — *Hæmorrhagia exabscissione venæ, ad majorem oculi canthum, mors.* — « Quam periculosus sit fervor atque ebullitio sanguinis, » in juvene, observare licuit. Is cum ludo gladiatorio diù dimicando, supra modum incaluisset. Vulnus majorem oculi canthum dextri accepit, ubi ramus venæ jugularis externæ, » ad frontem ascendens, simul abscissus fuit. » Qui licet exiguus sit, tanto nihilominùs secuta est hæmorrhagia, ut vulneratus, post » nostrum adventum expiravit. »

Les artères coronaires sont toujours intéres-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, n° 5, année 1834. — Observation communiquée par Boinet, interne des hôpitaux.

(2) Cent. II, obs. XIV.

sées dans la section complète et verticale de toute l'épaisseur des lèvres, et il suffit presque toujours du rapprochement simple, ou du rapprochement au moyen de la suture entortillée, pour arrêter l'effusion du sang; quelquefois cependant, l'écoulement continue avec une sorte d'opiniâtreté.

L'observation qu'on va lire servira à faire connaître dans quelles circonstances il en peut être ainsi, et quels moyens peuvent être employés pour remédier à l'hémorrhagie.

Obs. XXVIII.—*Hémorrhagie résultant de la lésion de l'artère labiale coronaire.*— Dans les premiers jours de février 1836, a été reçu, dans mon service, un homme âgé de 40 ans, maçon de profession. Il reçut huit jours avant son entrée à l'hôpital un violent coup de poing sur la lèvre supérieure, qui se trouva ainsi comprimée contre l'arcade dentaire; il en résulta une plaie très légèrement contuse qui offre environ deux à trois lignes de longueur, et une ligne de profondeur; cette solution de continuité est située précisément sur la ligne médiane, et occupe la partie postérieure de cette lèvre au niveau du bord libre.

Au moment de l'accident le malade dit avoir perdu beaucoup de sang, mais au bout d'une heure et demie l'écoulement s'arrêta; pendant huit jours il ne se passa rien de remarquable; la lèvre d'abord tuméfiée, se dégorgea bientôt; et cet homme continua de se livrer aux travaux de sa profession. Le 26 janvier, 7 jours après l'accident, il aidait à décharger une voiture de plâtre. Au moment où on lui jette un sac sur la tête, il reçoit une secousse assez forte, et l'hémorrhagie se renouvelle, elle dure près d'une demi-heure. Le soir, sans aucune cause appréciable, nouvelle hémorrhagie. Ce n'était pas par jet que le sang coulait mais en bavant. Malgré les tantatives qu'on fit pour l'arrêter, il continua à s'échapper pendant toute la nuit. Le lendemain à 10 heures l'hémorrhagie reparaît; le malade, très affaibli, entre alors à l'hôpital vers une heure après midi. On applique un bandage qui comprimait la lèvre contre l'arcade dentaire; l'écoulement de sang, d'abord suspendu, recommence à deux heures et demie, et dure jusqu'à quatre heures; le malade est faible, il paraît menacé de syncope, sa face est pâle et couverte de sueur; son pouls fréquent conserve assez d'expansion, mais il se laisse facilement déprimer.

Pendant qu'on faisait rougir des cautères, on arrêta provisoirement l'hémorrhagie en comprimant la lèvre entre les doigts; on cautérisa, le sang cessa de couler pendant environ un quart d'heure; au bout de ce temps il reparait, mais on s'en rend définitivement maître à l'aide d'une compression méthodique exercée sur les deux artères faciales, au niveau de leur passage sur le corps de la mâchoire, au-devant du masseter. On évalue à deux livres la quantité de sang qu'a perdu le malade, pendant son séjour à l'hôpital.

L'appareil fut maintenu pendant trois jours; le 1er février, sixième jour de son entrée, le malade était encore pâle et affaibli; il demande et obtient de quitter l'hôpital.

On a pourtant vu des hémorrhagies de ces artères, consécutives à la suture, après l'opération du bec-de-lièvre. Elles se sont faites par les plaies des aiguilles, au moment où on les retirait.

Elles ont évidemment tenu à ce que l'on n'avait pas embrassé une épaisseur de parties assez grande, pour que l'artère coronaire fût comprimée entre l'aiguille et le fil; on y remédierait facilement, de même qu'à toutes les hémorrhagies des coronaires auxquelles la suture n'est pas applicable, soit en serrant pendant quelque temps la lèvre entre les deux doigts, soit en établissant une compression sur le trajet de la maxillaire externe, au-devant du masseter, sur le corps de la mâchoire.

Obs. XXIX. — *Plaies à la face, hémorrhagie primitive, hémorrhagie consécutive, compression.* — Wackernie (Maximilien), âgé de trente-trois ans, cordonnier, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, nº 18, le 23 avril 1827.

Cet homme était dans un état d'ivresse complète, quand il fut assailli par des gens inconnus qui lui firent différentes plaies au visage. On remarquait une plaie déchirée intéressant toute l'épaisseur de la peau, dans l'étendue d'un demi-pouce, à la paupière supérieure gauche; une autre plus profonde, inégale, à-peu-près de même étendue à la paupière inférieure du même coté; celle-ci présentait une légère perte de substance. Les paupières étaient infiltrées, leur écartement presque impossible, mais l'œil était intact. Il existait encore une plaie beaucoup plus considérable que les deux premières; elle commençait au-dessous de la cloison du nez, pénétrait jusqu'à l'os, divisait l'aile gauche du nez, en devenant plus superficielle, jusqu'à la joue, décrivait à-peu-près un demi-cercle. Sa longueur était d'environ deux pouces et demi. Les plaies avaient fourni beaucoup de sang au moment de l'accident; il en coulait encore beaucoup quand le malade fut pansé par le chirurgien de garde. C'était surtout par l'extrémité interne de la plaie, qui intéressait l'aile du nez, que le sang s'échappait en plus grande quantité. Cependant, à l'aide de la réunion immédiate et d'une compression légère, le sang cessa promptement de couler. Le pouls était petit et faible. Il ne fut pas saigné de suite. Mais le soir, je fis pratiquer une large saignée, la réaction ayant eu lieu, et je fis faire des affusions d'eau froide toutes les demi-heures.

Le lendemain et le surlendemain, quoiqu'on eût arrosé d'eau froide, les paupières gauches étaient extrêmement tuméfiées, douloureuses (15 *sangsues derrière l'oreille gauche, lavement laxatif, pédiluve synapisé*).

Sous l'influence de ce traitement, la tuméfaction, la douleur diminuèrent, les plaies des paupières commencèrent à suppurer, la partie externe de la troisième plaie s'était réunie, l'interne paraissait disposée à suppurer, le malade semblait être à l'abri de tous les accidens, lorsque, le 28, à la suite d'un bain de pied, survint une hémorrhagie fournie par le bout de l'artère faciale; elle fut arrêtée par la compression. Une seconde hémorrhagie plus considérable que la première eut lieu dans la journée, et fut suivie, le lendemain, de trois autres hémorrhagies, moins abondantes que les précédentes. L'appareil appliqué pour arrêter la cinquième hémorrhagie fut laissé en place jusqu'au 2 du mois de mai, et fut alors levé sans nouvel écoulement de sang. Les plaies, dont les bords furent rapprochés par des bandelettes agglutinatives, se réunirent par seconde intention et étaient cicatrisées lors de la sortie du malade, qui eut lieu le 28 mai.

On croirait difficilement, qu'une hémorrhagie fournie par la faciale ait pu devenir dangereuse, voici cependant un fait qui le prouve.

Obs. XXX. — Un jeune homme de vingt ans reçut une blessure dans la joue droite, s'étendant depuis la commissure de la lèvre du même côté jusqu'au lobe de l'oreille, la peau et les muscles avaient été intéressés. Le chirurgien ayant examiné cette blessure, prononça qu'elle guérirait en peu de jours. Cependant chaque jour il y eut deux et trois hémorrhagies, et le chirurgien se décida, vers le huitième jour, à demander les conseils d'un médecin. Celui-ci, après avoir examiné la blessure et la croyant légère, reprocha au chirurgien sa pusillanimité, lui ordonna de mettre, de temps en temps, une poudre styptique et une liqueur de même nature. On suivit scrupuleusement l'ordonnance; mais ces hémorrhagies se renouvelant chaque jour plusieurs fois, après le quatorzième la fièvre s'empara du malade, qui perdit toutes ses forces. Le médecin ne sachant plus que faire, conseilla le repos, défendit de parler, et permit des alimens faciles à ingérer, dans la crainte que la mastication ne renouvelât l'hémorrhagie. Enfin, le malade, très affaibli, réclama l'assistance d'un autre médecin. Celui-ci, en examinant la blessure, reconnut au jet du sang, qui coulait en arcades, qu'une artère était ouverte; aussitôt il mit le doigt dans la blessure; avec une lancette, divisa l'artère sous son doigt, à l'aide duquel il la comprima pendant quelques instans, après l'avoir divisée. L'hémorrhagie s'arrêta, pour ne plus reparaître, par des remèdes tempérans et de la nourriture, le malade recouvra promptement ses forces et sa santé (1).

Hémorrhagies traumatiques fournies par l'artère ophthalmique. — Il est fort rare que l'artère ophthalmique, même après l'extirpation de l'œil pour un cancer ou un fongus hématode, fournisse une hémorrhagie inquiétante. Presque toujours l'écoulement du sang cesse de lui-même, après avoir diminué graduellement, et lorsqu'il continue et que les paupières ont été conservées, ces voiles membraneux se rapprochent, se collent et forment ensemble une barrière qui, après s'être laissé distendre jusqu'à un certain point, réagit sur ce caillot et arrête l'hémorrhagie.

La plupart des praticiens, pourtant, introduisent dans l'orbite quelques boulettes de charpie mollette ou une éponge; M. Travers veut qu'on y place un sachet rempli de cataplasme émollient, dans l'intention d'exercer la compression la plus douce possible, et de prêter un point d'appui aux paupières.

Cependant, il arrive quelquefois que l'écoulement du sang continue d'une manière inquiétante. Le moyen le plus simple qui se présente alors, c'est le tamponnement, auquel la forme de la cavité orbitaire et la situation profonde du vaisseau, se prêtent très bien; mais ce moyen n'est pas sans inconvénient, il occasione de la douleur et une inflammation vive que le voisinage du cerveau peut rendre dangereuse.

On peut, dans quelques cas, arrêter l'hémorrhagie par un procédé plus simple: c'est quand le sang est fourni par un seul orifice; il suffit alors souvent de le tenir serré pendant quelques instans entre les branches d'une pince à mors plats et à coulant pour prévenir sans retour l'hémorrhagie.

Hémorrhagies par les artères ciliaires. — Après l'ablation du segment antérieur de l'œil, lorsque l'incision a porté en arrière de la cornée, pour remédier à un staphylôme, ou à une ophthalmite violente, ou à une hydrophthalmie, on a quelquefois observé une hémorrhagie continue assez forte pour affaiblir le malade. Cependant des lotions réfrigérantes en ont presque toujours triomphé.

Hémorrhagies traumatiques du nez et des fosses nasales.—Les plaies du nez, de même que celles qui pénètrent dans les fosses nasales, ne sont guère susceptibles de fournir d'hémorrhagies dangereuses quand ces parties sont surprises par un accident. Lorsque le nez est détaché en partie seulement, il suffit de rapprocher les bords de la plaie par le moyen de la suture, pour arrêter sûrement l'écoulement du sang. C'est sur ce fait qu'est fondée la rhinoplastie. Quand le nez a été enlevé en totalité,

(1) *Thèses de chirurgie*, année 1756, Wislingbausen. Iéna.

ou bien l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même, ou bien il est facile de l'arrêter par la ligature, la torsion, ou par la compression.

Lorsque la plaie pénètre dans les fosses nasales, lors même qu'elle affecte les os, le sang, après avoir coulé goutte à goutte pendant quelques heures, finit encore par s'arrêter au moment où commence le travail de l'inflammation traumatique. Mais il n'en est pas de même dans l'état de maladie : quand, par exemple, un polype fibreux s'est développé dans les narines, il faut s'attendre à une violente hémorrhagie soit qu'on l'excise, soit que l'on en opère l'arrachement. A la vérité, ainsi que l'a remarqué Dupuytren, cette hémorrhagie est souvent veineuse, et il suffit de faire respirer largement et régulièrement le malade pour la faire cesser; mais dans beaucoup de cas elle est artérielle, et le flot de sang qui suit immédiatement l'extraction du polype est quelquefois si considérable qu'on voit le malade tomber tout-à-coup en syncope.

Pour se mettre en garde contre un pareil accident, il faut commencer par passer à l'aide d'une sonde de Bellocq, ou d'une sonde de gomme élastique que l'on conduit par la narine, et que l'on fait sortir par la bouche, les deux chefs d'une anse de fil, qui sont ramenés de la bouche au dehors de la narine. La partie moyenne de cette anse est nouée autour d'un bourdonnet. Il est clair que si pendant ou après l'opération il survenait une hémorrhagie inquiétante, il suffirait de tirer les chefs en avant pour porter le bourdonnet à l'orifice postérieur des fosses nasales, et l'oblitérer, tandis qu'en écartant les deux chefs du fil antérieurement, on pourra interposer entre eux d'autres bourdonnets sur lesquels on les liera. L'observation suivante, vient à l'appui de ce qui précède.

Obs. XXXI. *Hémorrhagie consécutive à l'arrachement d'un polype.* — Un jeune homme âgé de quinze ans se présente à la clinique de Dupuytren ; il portait dans la partie gauche des cavités nasales un polype visible à l'entrée de la narine du même côté, et que le doigt porté dans l'arrière-bouche pouvait également sentir; ce polype avait refoulé les parois de la fosse nasale qui l'occupait, et déterminé la déformation du nez, la saillie de l'œil gauche, la dépression de la portion correspondante de la voûte palatine et du voile du palais.

Le 14 août 1820, Dupuytren en pratiqua l'extirpation; un fil muni d'un bourdonnet à son extrémité inférieure est ramené de la bouche dans la fosse nasale, et attiré hors de cette cavité à l'aide d'une soude flexible ; on incise la partie latérale antérieure du nez dans l'étendue d'un demi-pouce ; deux fragmens considérables du polype sont saisis avec des pinces et arrachés. Il ne sort pas beaucoup de sang par la narine; mais le malade se plaint qu'il lui en coule une très grande quantité dans la gorge; on lui en fait cracher de temps en temps ; il est pâle, menacé de syncope : on suspend l'opération et on lui fait des aspersions d'eau froide ; la partie antérieure des fosses nasales est tamponnée avec de la charpie ; il n'en sent plus couler par la partie postérieure. Au bout de quelques instans l'hémorrhagie se reproduit; le malade rend une grande quantité de sang par la bouche ; on essaie de porter contre l'ouverture postérieure des fosses nasales, le tampon que l'on avait attaché au bonnet du malade avec le fil auquel il est fixé; mais son volume s'y oppose. Quelques lotions froides faites sur la tête, le cou et le dos, suspendent momentanément l'hémorrhagie, qui reparaît presque aussitôt ; le malade vomit du sang caillé, avalé sans doute pendant le temps de l'opération; ce tampon est enlevé, un autre lui est substitué ; mais le fil auquel il est fixé se rompt ; on est obligé de défaire tout l'appareil ; une nouvelle anse de fil est poussée dans les fosses nasales; le bourdonnet qui la termine conduit dans l'arrière-bouche; on remplit de charpie la cavité nasale, et les deux bouts de l'anse écartés en avant sont liés sur un bourdonnet; l'hémorrhagie s'arrête pour ne plus reparaître, la quantité de sang perdue est évaluée à huit palettes.

Le 18, on enlève le bourdonnet antérieur et quelques boulettes de charpie ; le 20, développement d'accidens cérébraux ; le malade succombe le 25.

On trouve à l'autopsie une altération considérable des parois de la cavité nasale dont tous les diamètres étaient agrandis ; la portion de polype extirpée n'était que le prolongement antérieur d'un polype fibreux qui, fixé à la voûte basilaire, avait envoyé deux autres prolongemens, dont l'un, pénétrant dans le crâne par le trou déchiré intérieur agrandi, et une perforation du sphénoïde, y soulevait la dure-mère ; tandis que l'autre se prolongeait dans le sinus maxillaire, dont la paroi interne était en partie détruite, et jusque dans la fosse zygomatique : suppuration à la base du cerveau, et injection des méninges.

Cependant je dois dire que dans quelques cas rares la lésion des petits vaisseaux de la région qui nous occupe paraît avoir été suivie d'accidens hémorrhagiques graves. Les auteurs en citent des exemples ; je choisirai les suivans :

Obs. XXXII. — *A venulâ in naribus fortuitò sarciatâ mortuus quidam.* — « Actate nostrâ contigit Venetiis tonsor cùm in naribus pilos incommodos forcipe concideret, venulam incautè secuit, tantoque impetu sanguis erupit ut sistendi modum medici non invenerint, et ille miserè vitam finivit » (1).

(1) Schenckius, observ. *Franco Furti*, M. DCIX, Benedict. lib. 4 (4 de curandis morb.), p. 204.

Obs. XXXIII. — *Hémorrhagie hyrudinale nasale. Tamponnement. Mort.* — Un enfant de six ans avait une méningite aiguë : vers le onzième jour, une nouvelle évacuation sanguine étant jugée nécessaire, deux sangsues furent placées dans la narine gauche. Après leur chute, une grande quantité de sang fut rendue par la bouche. Le sang coula dès-lors en abondance par le nez. On pinça le nez pour comprimer, mais en vain. Le sang recommença à couler par la bouche, le malade étant épuisé, on tamponna; l'accident cessa, mais le malade mourut. (*Transaction médic.*, décembre 1830, page 321, 1re observ. de M. Duparque.)

Hémorrhagie du sinus maxillaire. — Ce que nous avons dit des fosses nasales s'applique aux sinus maxillaires. L'extirpation des tumeurs fibreuses ou autres qui s'y développent, est l'occasion d'une hémorrhagie grave, qui souvent s'arrête d'elle-même, mais qui quelquefois réclame de prompts secours. Dans ces cas, le sang s'échappe par trois voies en même temps, c'est-à-dire par les deux ouvertures de la narine correspondante, et par l'ouverture faite au sinus maxillaire pour l'extraction du polype.

Il faut donc se tenir prêt comme dans le cas précédent, et boucher deux de ces voies par le moyen du double tampon, afin de n'avoir plus à s'occuper que de la troisième. Les deux narines étant fermées, on tamponne la cavité du sinus, ou l'on applique le cautère actuel.

Hémorrhagie par les alvéoles. — L'évulsion des dents, opération en général si simple et si peu dangereuse, a plusieurs fois été suivie d'une hémorrhagie difficile à arrêter. On conseille, dans ces cas, de boucher l'alvéole avec de la cire, des boulettes de charpie, ou même d'y porter le cautère actuel.

Mais ces moyens ne suffisent pas toujours, et la mort a été plusieurs fois la suite de la continuation de l'hémorrhagie, malgré leur emploi.

L'observation suivante nous offre à-la-fois de l'intérêt et par la ténacité de l'hémorrhagie et par la manière dont la compression a été employée.

Obs. XXXIV. — *Hémorrhagie survenue à la suite d'une évulsion de dent, ayant développé des accidens graves, guérie par la compression.* — Le sujet de cette observation est un homme de 35 à 40 ans, d'une constitution athlétique, auquel on avait pratiqué l'extraction de l'avant-dernière dent molaire du côté gauche de la mâchoire supérieure. Au moment où il s'offrit à mon examen, l'écoulement sanguin durait depuis trois jours d'une manière continue. Le malade sentait incessamment sa bouche se remplir de sang qu'il était obligé de rejeter à chaque minute. Il ne pouvait un seul instant s'abandonner au repos, surtout dans la position horizontale, car bientôt le liquide, s'épanchant dans l'arrière-bouche, déterminait un sentiment de suffocation qui l'arrachait au sommeil. Cet homme évaluait à plusieurs litres la quantité de sang qu'il avait ainsi perdue. Sans attacher trop de confiance à cette évaluation, on ne pouvait méconnaître, par les accidens généraux développés, que la perte avait été considérable: ainsi la peau de la face, la muqueuse des lèvres présentaient une décoloration complète ; les yeux étaient excavés, peignant l'anxiété; le pouls était petit et fréquent; le malade ne pouvait se tenir debout sans être appuyé. Il n'avait pas éprouvé de syncope, mais de temps à autre il survenait des sueurs froides, avec éblouissemens de la vue, battemens d'oreilles. La plupart des moyens hémostatiques usités en pareil cas, tels que les liquides froids et astringens, des boulettes de charpie imprégnées de liqueurs styptiques, un bouchon de cire molle introduit dans l'alvéole, avaient échoué. En explorant la bouche, il était facile de reconnaître que l'hémorrhagie provenait de l'alvéole qui avait logé la dent: on voyait le sang s'en écouler par gouttes qui se succédaient sans interruption. Un examen attentif fit constater que la portion osseuse du maxillaire qui constitue la partie externe de l'alvéole avait été fracturée et détachée dans une assez grande hauteur. Cette circonstance expliquait en partie l'inefficacité des moyens de tamponnement employés. Avant de recourir à la cautérisation qui s'offrait comme dernier moyen, on voulut tenter les efforts d'une compression médiate. Pour atteindre ce but, on appliqua sur le point de la joue correspondant à l'alvéole une compresse graduée courte, épaisse, et très étroite, on mit par-dessus la pelote d'un tourniquet qu'on serra convenablement. En examinant l'effet de la compression dans la bouche, on vit que la face interne de la joue formait un bourrelet qui, à la faveur du vide laissé par la pièce osseuse détachée, faisait saillie dans l'alvéole, le sang avait cessé de couler. Après 24 heures on leva la compression et l'hémorrhagie ne reparut plus. (*Communiquée par M. Bertrand, interne.*)

Hémorrhagies traumatiques fournies par la substance de l'os maxillaire supérieur.—Il est rare que les plaies de la face par armes à feu ou autres qui intéressent les os de la voûte palatine ou l'arcade dentaire supérieure, soient accompagnées d'hémorrhagie grave ; on a pu même, impunément sous ce rapport, enlever non-seulement une portion ou la totalité de l'arcade dentaire, mais encore, ainsi que l'ont fait M. Gensoul, de Lyon, et d'autres, enlever la totalité de l'os maxillaire supérieur, ou encore, ainsi que je l'ai fait moi-même, enlever avec cet os, la paroi externe de l'orbite, sans voir survenir de perte de sang inquiétante. Cepen-

dant il n'en est pas toujours ainsi, et dans quelques cas on voit, lors même qu'une petite portion de l'os a été détachée, le sang couler d'une manière continue, soit en jet, soit goutte à goutte.

La résection du tubercule médian, dans l'opération du bec-de-lièvre, n'est pas exempte de cet inconvénient, comme le prouve l'observation suivante :

Obs. XXXV.—*Bec-de-lièvre chez un enfant de cinq mois.—Hémorrhagie.*—Au mois de février 1834, un enfant de cinq mois entra, salle Saint-Jean, dans le service de Dupuytren, pour y être opéré d'un bec-de-lièvre double, avec division double du palais, et un tubercule osseux saillant, à la place de la sous-cloison du nez. Dupuytren enleva, à l'aide de tenailles incisives, le tubercule osseux au niveau de l'arcade dentaire supérieure, et détacha le tubercule cutané du tubercule osseux. L'enfant perdit de suite un peu de sang provenant de la section d'artérioles appartenant au tissu osseux. On pansa la plaie, et l'on crut que la compression faite avec quelques plaques d'agaric, suffirait, comme dans un cas précédemment observé, pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Il n'en fut pas ainsi. L'appareil s'imbiba de sang, qui bientôt coula au-dehors et dans la bouche de l'enfant; après l'avoir enlevé, j'essayai de saisir les vaisseaux, mais ce fut en vain; j'appliquai alors sur la surface de la plaie un cautère actuel; l'hémorrhagie reparut sur les bords de l'escarre. La cautérisation fut employée une seconde fois et portée profondément; l'hémorrhagie ne se reproduisit plus; mais l'enfant, qui déjà avait eu plusieurs syncopes, passa l'après-midi dans cette alternative de cessation et de retour de la circulation. La respiration devint stertoreuse, et le malade expira le soir, malgré tous les moyens employés pour l'exciter et le réchauffer. A l'autopsie on trouva tous les organes exsangues. Il n'y avait point de sang dans la cavité de l'estomac. J'évaluai à six onces la quantité de sang artériel perdu depuis l'application du bandage. (*Communiquée par M. Tessier, interne.*)

On sent qu'à mesure que l'on entame l'os plus profondément, les hémorrhagies peuvent devenir plus graves, surtout si quelque maladie de la substance osseuse a dilaté les vaisseaux.

Obs. XXXVI.—*Extirpation d'un cancer du sinus maxillaire.—Hémorrhagie le sixième jour. — Cautère actuel. — Compression. — Guérison.* — Le professeur Delpech, de Montpellier, extirpa un cancer du sinus maxillaire droit et le poursuivit jusque sous l'apophyse ptérygoïde correspondante. Le sixième jour de l'opération il survint une hémorrhagie considérable. Aussitôt le malade est étendu sur le parquet, on l'arrose d'eau froide, on pratique avec les doigts la compression, on met de la glace sur les parties génitales et on enlève l'appareil; l'hémorrhagie, suspendue quelques instans, reparaît de nouveau. On reconnaît que le sang est fourni par l'artère palatine; on y porte successivement trois cautères rougis; on place ensuite des fragmens de glace dans le sinus, et l'on exerce la compression avec des boulettes de charpie maintenues par un bandage convenablement serré. L'hémorrhagie ne se montra plus (1).

Ces observations suffisent pour prouver la difficulté que l'on peut rencontrer dans quelques cas à arrêter le sang provenant d'artérioles renfermées et cachées dans le tissu des os, et que ni la compression, ni la ligature, ni même le cautère actuel, ne peuvent atteindre.

Obs. XXXVII.—*Hémorrhagie traumatique fournie par les artères dentaires inférieures.*—Dans un cas de résection de l'os maxillaire inférieur, pratiquée par M. Magendie, le tronc de la dentaire fournit un jet qui partait du canal central de l'os. Il suffit d'enfoncer une petite cheville de bois dans l'orifice béant du vaisseau pour arrêter complètement l'écoulement du sang.

Hémorrhagie par les artères de la langue.— Les piqûres, les plaies, les opérations qui se pratiquent sur la langue ou dans son voisinage peuvent donner lieu à la division des vaisseaux de cet organe, par conséquent à une hémorrhagie (2).

Les extirpations partielles, les amputations de l'organe ne peuvent se faire sans que les artères principales de la langue soient atteintes. L'amputation du corps de la mâchoire, quand l'affection s'est étendue du côté de l'os hyoïde, expose aussi à la lésion non-seulement des artères sub-mentale et sub-linguale, mais encore à celle de la linguale elle-même. Les plaies transversales de la partie supérieure du col, vers la région sus-hyoïdienne, pour peu qu'elles soient profondes, exposent plus directement encore à la lésion du tronc même du vaisseau.

Quand le corps de la langue est divisé dans une grande étendue, comme par exemple quand on fend cet organe dans toute sa longueur pour en enlever une moitié, la surface de la plaie fournit du sang par plusieurs orifices à-la-fois. Il en est de même lorsqu'une plaie transversale coupe profondément les parties molles qui forment la base de la langue à la partie antérieure et supérieure du col au-dessus de l'os hyoïde.

(1) Thèse. Montpellier. Daniel, déjà cité.

(2) Voyez C. Mirault, *Mémoire sur la ligature de la langue.* (Mémoires de l'Académie royale de médecine. Paris, 1835. t. 4, p. 35.)

L'hémorrhagie succède quelquefois à la section du filet de la langue.

Les hémorrhagies de la langue sont quelquefois difficiles à arrêter, parce que les vaisseaux tronqués se rétractent entre les muscles et cachent ainsi leurs orifices, tandis que l'organe lui-même est en presque totalité caché dans une cavité peu accessible aux instrumens.

Lorsque la blessure des vaisseaux est la suite de l'extirpation d'un bouton chancreux à la pointe de la langue, on peut rapprocher les lèvres de l'incision en V, dans laquelle on les a inscrits, au moyen de la suture. Dans les autres cas, il faut presque toujours recourir à la cautérisation, beaucoup plus facile à appliquer que la ligature; car le sachet de Pibrac est depuis long-temps abandonné. Lorsqu'il s'agit seulement d'arrêter le sang fourni par les vaisseaux lésés après la section du filet, il suffit de soulever la langue avec la plaque fendue d'une sonde cannelée, et de toucher l'orifice vasculaire avec le bout d'un stylet rougi au feu.

Quand il s'agit d'une perte de substance longitudinale, on facilite beaucoup l'opération en saisissant la pointe de la langue après l'avoir recouverte d'un linge fin et en l'attirant le plus possible hors de la bouche; la langue lutte d'abord contre l'effort que l'on fait pour la déplacer, mais bientôt elle se laisse allonger sans résistance et toute la surface traumatique devient apparente et accessible au cautère actuel.

Lorsque la langue est tronquée transversalement, on est forcé de la cautériser en place, mais l'opération devient beaucoup plus difficile.

Enfin, quand la lésion est le résultat d'une plaie du col, de l'opération faite pour amputer l'os maxillaire inférieur, etc., les artères lésées étant retirées dans les interstices musculaires profonds de cette partie, il est encore très difficile de les decouvrir à la simple inspection.

Pour les mettre en évidence, il faut porter l'indicateur et le medius de la main gauche dans la bouche, appuyer sur la base de la langue, et repousser cette partie fortement en avant avec ces deux doigts; elle s'ouvre en quelque sorte alors, et le fond de ses anfractuosités musculaires devient apparent.

Les exemples d'hémorrhagie survenue à la suite de plaies intéressant les vaisseaux de la langue, ne sont pas rares. Toutefois j'en citerai quelques cas remarquables soit par les circonstances qui les ont produites, soit par les moyens employés pour les arrêter.

Obs. XXXVIII. — *Hémorrhagie sublinguale.* — Un fameux chirurgien de Paris coupa le filet à un enfant qui avait été attendu avec impatience et reçu avec joie comme un riche héritier; mais cette consolation ne dura guère aux parens, l'enfant n'ayant pas long-temps joui de la lumière, parce que le chirurgien ne croyant pas avoir ouvert une des veines en lui coupant le filet s'en alla aussitôt qu'il l'eut vu téter avec facilité; et la nourrice ayant remis l'enfant dans son berceau après qu'elle l'eut suffisamment allaité, il continua de mouvoir ses lèvres, comme s'il tétait encore, à quoi on ne fit pas d'attention, vu qu'il y a quantité d'enfans qui font ce mouvement par habitude en dormant. C'était néanmoins le sang qui sortait de la veine qu'il avalait à mesure qu'il le sentait dans sa bouche; la sortie de ce sang était encore excitée par le sucement qu'il fit jusqu'à ce qu'il n'y eut plus de sang dans les vaisseaux, et on ne s'en aperçut que par la pâleur et la faiblesse de l'enfant qui mourut peu d'heures après; on l'ouvrit et on trouva qu'il avait avalé tout son sang dont son estomac était rempli (1).

Obs. XXXIX. — *Hémorrhagie de la langue* (2). — Un homme robuste, sanguin et pléthorique étant à dîner chez son fils, se fit une légère écorchuré à la pointe de la langue près de la ligne médiane. Cette blessure fut faite par une aspérité qu'offrait une dent cariée et cassée. Au même instant le sang jaillit en si grande abondance que le malade ne pouvait plus rien avaler. On appliqua aussitôt du vinaigre sur la plaie, mais ce fut en vain. On court chercher le médecin qui demeurait dans le voisinage; il mit en usage les styptiques en poudre, liquides et spiritueux, mais ils semblaient au contraire augmenter l'hémorrhagie; pendant toute la nuit, le malade fut sur le point de suffoquer. Le lendemain matin un de ses amis venant le voir lui conseilla de prendre une serviette entre ses doigts et de saisir la pointe de sa langue de manière à ce que la blessure se trouvât fermée par l'un des doigts. Ce conseil fut suivi, le malade tint pendant long-temps sa langue entre les doigts et l'hémorrhagie fut arrêtée.

Obs. XL. — *Hémorrhagie de la langue.* — Le mois d'avril de l'année 1685, M. Marchand (3) se piqua sous la langue auprès de la gencive avec l'os de la cuisse d'une sarcelle qu'il mangeait, il saigna par cette piqûre l'espace de trois ou quatre heures, et l'hémorrhagie ne s'arrêta qu'à l'aide d'un bouchon de vitriol de Chypre qu'on y appliqua. Dans cet espace de temps il perdit environ une livre et demie de sang. Il demeura sept jours entiers sans saigner par cette plaie, et ensuite l'hémorrhagie recommença la nuit pendant qu'il dormait; ce qui arriva apparemment par la chute de l'escarre que le vitriol avait faite. L'hémorrhagie dura alors cinq ou six heures et il se perdit plus de sang cette fois-là que la première. Le sang fut encore arrêté avec le même vitriol.

(1) *Opérat. de chirurgie de Dionis*, t. 2, p. 625.
(2) *Act. nat. curios.*, vol. 4, obs. 11, p. 43.
(3) *Journal des Savans*, 1686, n. 9, p. 87.

Vingt-quatre heures après l'hémorrhagie recommença pour la troisième fois et dura près de cinq jours sans qu'on pût l'arrêter ni avec le vitriol, ni avec l'eau styptique. Le malade perdit dans cette hémorrhagie cinq ou six livres de sang.

L'hémorrhagie fut arrêtée par la poudre dite sympathie (C'est dire en d'autres termes que l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même). La plaie se prit d'inflammation, il y eut un abcès qui fut ouvert et le malade guérit très bien.

Dans le septième volume *des Transactions Médico-chirurgicales de Londres,* on lit le fait remarquable qui suit :

Obs. XLI *bis.* —Un soldat reçut un coup de sabre qui lui coupa la joue et la langue très profondément. Trois jours après il se manifesta une violente hémorrhagie qui ne put être arrêtée par les moyens habituels, il fallut recourir à la ligature de l'artère carotide commune du même côté. A peine eut-on placé la ligature que l'hémorrhagie se suspendit immédiatement pour ne plus reparaître.

Hémorrhagies des tonsilles. — La résection des tonsilles donne quelquefois lieu à un suintement sanguin qui exige les secours de l'art. Cet accident est très rare ; sur un grand nombre d'opérations de ce genre, que j'ai faites ou vu faire, je n'ai jamais eu occasion de l'observer. On y remédie facilement en soupoudrant d'alun la surface de la plaie ou en faisant gargariser le malade avec un liquide astringent. Portal et Beclard ont vu la carotide ouverte pendant la rescision des amygdales. Cet accident exige une ligature du tronc de l'artère carotide primitive.

§ IV. Hémorrhagies traumatiques du col.

Les hémorrhagies traumatiques du col présentent de grandes différences quant à leur source et leur gravité, suivant les régions qu'elles intéressent.

A. *En arrière.* — Une plaie de la *partie postérieure* n'expose à la lésion d'aucune artère d'un très gros volume. En effet, en haut, les artères *occipitale* et *auriculaire postérieure,* plus bas et profondément la terminaison de l'artère *cervicale profonde,* quelques branches de l'artère *cervicale transverse* sont presque les seuls vaisseaux qui la parcourent.

Si la plaie est largement ouverte, que ce soit une incision ou une perte de substance résultant d'une opération, on pourra distinguer la source de l'hémorrhagie et l'arrêter, par la ligature des deux bouts du vaisseau. Si, au contraire, la plaie est très étroite, il est rare que l'artère lésée, peut-être parce qu'elle se trouve comprimée entre des tissus denses et serrés, ne cesse d'elle-même de fournir du sang. Mais si l'hémorrhagie venait à continuer au point de devenir menaçante, et si une compression établie à l'aide des doigts et continuée pendant quelque temps, ne parvenait à l'arrêter malgré les difficultés d'une ligature directe, il vaudrait mieux faire cette ligature que de s'exposer aux chances d'une hémorrhagie qui serait fournie par les anastomoses, en liant le tronc principal.

Il est pourtant une opération simple en apparence, qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire, et qui entraîne quelquefois un écoulement de sang abondant, c'est l'application du séton à la nuque. Cet accident peut provenir de ce que l'instrument a divisé trop profondément les tissus ; mais une des causes les plus ordinaires, c'est le développement anormal des capillaires, déterminé par l'application long-temps prolongée d'un vésicatoire.

Quelques lotions froides, une compression légère faite avec les mains (car le col se refuse à l'emploi d'un bandage compressif circulaire), suffisent en général pour arrêter l'hémorrhagie. Dans le cas contraire, l'extraction de la mèche et, au besoin, la section de la peau pour découvrir les vaisseaux lésés et les lier en triomphent constamment.

B. *Sur les côtés.* — Sur les parties latérales du col se trouve une artère profondément cachée dans un canal osseux formé par la série des trous des apophyses transverses de la colonne cervicale, c'est l'artère *vertébrale.* Abritée par une couche épaisse de muscles et par son étui osseux, elle est difficilement accessible aux instrumens piquans et tranchans, surtout dans notre contrée où les vêtemens de l'homme sont nombreux et fort solides autour de cette région ; pourtant elle peut être atteinte par un coup d'épée, ou un autre instrument vulnérant analogue, et elle a été souvent lésée par des coups de feu qui ont brisé en même temps les apophyses transverses correspondantes. Il est en général difficile de diagnostiquer le point de départ de l'hémorrhagie, soit primitive, soit consécutive qui provient de la lésion de l'artère vertébrale.

Obs. XLII. — En juillet 1830, un blessé entra à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'un coup de feu. La balle avait pénétré par la narine droite, avait fracturé le palais, mais n'était pas sortie. Un écoulement de sang peu inquiétant par la narine et par la gorge avait eu lieu au moment de la blessure, et s'était arrêté spontanément. Vers le dixième jour, il survint d'abondantes hémorrhagies. Ce qui paraissait du trajet de la plaie était peu propre à faire naître l'idée que la vertébrale eût pu être atteinte. Un torticolis, dont le malade se plaignait, fut attribué à une inflammation indépendante. Celui de mes collègues dans le service duquel ce malade était couché, n'ayant point été témoin de l'hémorrhagie, ne put essayer les effets de la compression de la carotide primitive, et

les causes d'erreur furent d'ailleurs, à ce qu'il paraît, si grandes, qu'il fit tout préparer pour la ligature de la carotide. Le malade mourut sans opération. A l'autopsie, on trouva que la balle avait fracturé deux des apophyses transverses du col, et avait lésé l'artère vertébrale. Le sang montant par le trajet de la balle, était sorti à-la-fois par la bouche et par le nez. A défaut de symptômes plus clairs, la douleur et le torticolis pouvaient-ils porter quelque clarté dans le diagnostic? Nous ne le pensons pas. A quels signes pourrait-on donc reconnaître la blessure? Il semble que le plus ordinairement il doive exister en même temps quelques lésions du mouvement et du sentiment dans les parties auxquelles se distribuent les nerfs qui sortent par les trous de conjugaison correspondant à la lésion et qui doivent être atteints; de plus, la compression de l'artère carotide, au lieu de suspendre l'écoulement du sang, devrait, au contraire, ou ne point le modifier, ou l'augmenter.

On conçoit que si la blessure de la vertébrale avait eu lieu après l'occipital, il serait plus facile de reconnaître la source de l'hémorrhagie, car elle seule, dans cette région, peut fournir un jet de sang très considérable.

A la partie inférieure du cou, l'artère vertébrale, moins protégée par les os, devient de plus en plus profonde. On conçoit qu'il serait probablement impossible de distinguer sa lésion de celle de l'artère sous-clavière, si elle venait à être ouverte avant son entrée dans le canal qu'elle parcourt. L'artère vertébrale ne peut être ni liée, à cause de sa trop grande profondeur, ni comprimée, à cause du conduit osseux qui la protège; elle peut encore moins être cautérisée. Ses blessures sont au-dessus des ressources de l'art.

A la région *inférieure latérale et antérieure* du col, au-dessus de la clavicule, les artères *cervicale transverse, cervicale profonde, et scapulaire supérieure*, se présentent, mais à des profondeurs variées, à l'action des instrumens vulnérans; et outre les veines satellites de ces artères, se trouve sous la peau la jugulaire externe.

Lorsqu'une plaie intéresse cette région, qu'elle est compliquée d'hémorrhagie et largement ouverte, de manière à laisser à découvert l'orifice du vaisseau lésé, il n'est pas, en général, difficile de déterminer quel il est, et d'arrêter l'hémorrhagie.

Mais si la plaie était étroite, s'il s'était fait un épanchement de sang un peu considérable, le diagnostic pourrait être très difficile.

Toutefois la solidité de cette région rendrait, ce nous semble, la compression assez facile et assez efficace. Mais en cas d'insuffisance de ce moyen, ce ne serait qu'à l'aide d'une dissection délicate que l'on pourrait mettre le vaisseau lésé en évidence, le saisir et le lier sur ses deux bouts autant que possible. La ligature du tronc principal ne saurait être employée que dans le cas très douteux, et très difficile à rencontrer, où un anévrysme faux primitif rendrait le diagnostic impossible, et où la faiblesse croissante du sujet mettrait le chirurgien dans l'alternative de voir le malade périr faute de secours, ou de pratiquer une opération grave.

On a reproché au procédé vertical de la ligature de la sous-clavière, proposé par Dupuytren, d'exposer à la lésion de ces vaisseaux que l'incision peut rencontrer à angle droit. Mais ces dangers sont peu importans pour le chirurgien qui a appris à les éviter.

Sur les parties latérales et superficielles du col il y a un autre vaisseau, mais l'hémorrhagie en est peu redoutable. C'est la *veine jugulaire externe* que l'on soumet quelquefois à l'opération de la saignée. Toutefois, dans certaines circonstances, lorsque la respiration est pénible, les hémorrhagies provenant de cette veine peuvent donner lieu à l'épuisement complet des forces; et on le comprendra d'autant mieux que l'on se rappellera son volume chez certains individus, et l'ampliation qu'elle acquiert pendant l'inspiration. Cependant la compression bien faite suffit pour remédier à cet accident.

Les hémorrhagies de la *veine jugulaire interne* peuvent résulter de l'action de corps vulnérans, mais elles sont quelquefois aussi le résultat d'opérations chirurgicales; et bien que le remède soit alors à côté du mal, cette lésion n'en est pas moins des plus graves, à cause des dangers sans nombre qu'elle entraîne. Il ne suffit pas en effet que le malade échappe à la mort que peuvent déterminer l'anémie ou l'introduction de l'air dans les veines, il faut encore, si l'on a placé une ligature, qu'il échappe aux accidens de la phlébite : et quand cette ligature a interrompu complètement le cours du sang, qu'il résiste à ceux qui résultent d'un obstacle au retour du sang de la cavité du crâne.

Il ne faut pas croire cependant que toutes les lésions de la veine jugulaire interne soient suivies de mort. L'histoire de l'art nous apprend que certains malades ont guéri. C'est ce qui est arrivé, au dire d'Ambroise Paré (1), à un malade qui avait été jugé incurable.

Mais dans le plus grand nombre des cas, cette blessure a une issue funeste, soit immédiatement, soit consécutivement.

Bohnius parle d'une hémorrhagie mortelle qui survint le dix-huitième jour, à la suite de la chute d'une escarre. Récemment encore, un homme qui avait eu la veine jugulaire interne

(1) Liv. x, chap. 30.

divisée, succomba à l'Hôtel-Dieu, à une hémorrhagie consécutive survenue à la chute de la ligature.

Je terminerai ce que j'avais à dire sur le danger de l'hémorrhagie, provenant d'une lésion de la jugulaire interne par cette observation de Marc-Aurèle Severin (1).

Obs. XLII. — Un charlatan ayant voulu couper une écrouelle que portait au col une jeune fille, et qui renfermait la veine jugulaire et le nerf récurrent, une hémorrhagie si abondante survint, que la malade mourut pendant l'opération.

On concevra facilement que le traitement des hémorrhagies de la jugulaire interne est fort simple comme son diagnostic. Il suffit d'avoir vu une seule fois l'énorme flot de sang noir qui remplit la plaie, et couvre toute la région instantanément, pour reconnaître du premier coup-d'œil une hémorrhagie de la veine jugulaire interne, et sentir la nécessité de comprimer avec le doigt, ou des linges, ou des éponges, la plaie du vaisseau. Or, une fois cette précaution prise et l'écoulement du sang complètement suspendu, on déterge avec précaution la plaie, ayant soin de faire comprimer la veine au-dessus et au-dessous de la solution de continuité, pour froncer les bords de la division et les lier si elle est incomplète, ou lier les deux bouts si la circonférence entière ou les deux tiers et plus de la circonférence du vaisseau ont été intéressés.

De toutes les hémorrhagies du col, la plus foudroyante est celle de la *carotide*. Quand la plaie est large, et la lumière du vaisseau bien ouverte, le sang est projeté au loin avec une grande force et en quantité énorme; il est rare alors que la mort ne soit pas instantanée.

Je rappellerai l'observation déjà citée de Guthrie qui, n'ayant point lié une artère carotide dont les deux tuniques externes avaient été divisées; vit son malade périr au bout de quelques jours. Au reste, malgré ce que l'on pourrait conclure d'avantageux pour la compression, le seul traitement prudent des plaies de la carotide, est la ligature de cette artère, autant que possible, au-dessus et au-dessous de la blessure.

L'artère *carotide externe* a été souvent intéressée, soit par des plaies, soit dans des opérations chirurgicales, pratiquées pour extirper des tumeurs de la région parotidienne, des engorgemens glanduleux, ou la glande parotide elle-même. On conçoit que sa lésion est grave immédiatement, et la mort peut en être le résultat subit. Après s'être assuré que le sang est bien fourni par ce vaisseau, il faut procéder à la ligature des deux bouts de l'artère s'ils sont accessibles, sinon lier à-la-fois le tronc principal et celui de la carotide interne, pour tarir ainsi les deux sources par lesquelles le sang pourrait revenir dans le bout inférieur.

A la suite d'une plaie de la face par une balle, qui divisa complètement l'artère carotide externe, une hémorrhagie survint à la levée du premier appareil. M. Larrey (2) pratiqua la ligature de la carotide primitive, et le malade guérit.

M. Bertrand m'a communiqué le fait suivant.

Obs. XLIV.—*Lésion de l'artère carotide externe, hémorrhagie. — Guérison par compression.* — Au mois d'avril 1833, je fus appelé pour visiter un jeune homme de dix-neuf ans, robuste, qui venait d'être victime d'une tentative d'assassinat. Quand j'arrivai près de lui, environ un quart d'heure après l'accident, je le trouvai couché à terre, privé de connaissance, baignant dans son sang. Il y avait résolution complète de tous les membres, décoloration générale de la peau, absence de pulsation aux radiales et aux carotides; en appliquant l'oreille sur la région précordiale, on entendait les bruits du cœur irréguliers, tellement obscurs, qu'il était très difficile de les percevoir. Une sueur froide et visqueuse mouillait tout le corps, mais surtout la tête et la poitrine. Les mouvemens respiratoires étaient nuls. En un mot, un examen superficiel eût porté à croire que cet homme avait cessé de vivre. Au côté gauche du cou se remarquait une assez large plaie environnée de caillots, qui avait fourni l'hémorrhagie; la quantité de sang en partie liquide, en partie coagulé, répandu à terre ou imprégnant les vêtemens, était énorme; quelques caillots, recueillis et mis dans la balance, pesaient plusieurs onces: comme les coups avaient été portés par l'assassin à la porte même de la maison de sa victime, des personnes attirées du dedans par ses cris, avaient été témoins des premiers accidens; elles avaient vu le sang s'écouler de la blessure en jaillissant; le blessé, rentré immédiatement, était tombé bientôt privé de sentiment et agité de mouvemens convulsifs. Après avoir épongé la tête et la face, je reconnus neuf à dix blessures en général bornées à la peau, affectant le cuir chevelu et le visage; une d'elles avait pénétré dans l'œil en divisant, dans une étendue de 3 à 4 lignes, la sclérotique, et déterminé l'issue d'une certaine quantité d'humeur vitrée; mais celle qui appela surtout mon attention, était la plaie du cou, située au côté gauche de cette région; elle commençait à 6 lignes au-dessous de l'angle de la mâchoire, et se dirigeait obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, dans l'étendue de 2 pouces et demi, vers la ligne médiane, pour se terminer à 2 ou 3 lignes au-dessous du niveau du larynx; ses bords,

(1) *Médecine efficace*, obs. 2, cent. 4.

(2) Larrey, *Clinique chirurg.*, t. 3, p. 111.

légèrement frangés, étaient maintenus écartés, par des caillots interposés; ceux-ci ayant été enlevés, le doigt introduit par les bords de la solution de continuité, rencontrait à une profondeur de deux pouces les pièces cartilagineuses du larynx. Je m'aperçus qu'il s'écoulait encore, par suintement, une petite quantité de liquide plutôt rosé que rouge. Je comprimai aussitôt l'artère carotide primitive avec le doigt. Tout en maintenant la compression, on s'empressa de faire usage des moyens qu'on avait sous la main pour ranimer la circulation. Le malade fut placé horizontalement sur un lit, enveloppé de couvertures de laines chauffées, on frictionna la région précordiale avec des compresses de flanelle imbibées d'eau-de-vie; au bout d'une heure environ, les mouvemens respiratoires commencèrent à reparaître, faibles, irréguliers. On couvrit les plaies sans les panser. Je quittai le malade, et le confiai aux soins de personnes intelligentes pour continuer sans relâche la compression avec le doigt, et surveiller la plaie du cou, laissée à dessein à découvert. Le malade passa presque toute la nuit dans un état de demi-syncope, et ne put que difficilement avaler quelques cuillerées d'une potion cordiale. Le lendemain il avait recouvré sa connaissance, mais sa faiblesse était telle qu'il ne pouvait changer, dans le lit, la position de ses membres. Le pouls était sensible aux radiales, mais petit et intermittent. On suspendit un instant la compression. A peine deux ou trois minutes s'étaient écoulées, que le sang, après avoir imprimé un mouvement de soulèvement au caillot qui bouchait l'entrée de la plaie, se fit jour à travers par plusieurs points, et coula en bavant au-dehors. La compression fut aussitôt rétablie. On réunit les plaies de la face et du cuir chevelu; on prescrivit des bouillons, un peu de vin généreux; le soir, le malade éprouvant le besoin d'uriner, sans pouvoir le satisfaire, on évacua, par la sonde, un demi-litre d'urine. Le surlendemain, les forces avaient augmenté; on continua la compression et le régime de la veille. Il fut encore nécessaire de vider la vessie avec la sonde; la compression maintenue rigoureusement jour et nuit, fut suspendue à la fin du troisième jour. Il ne s'écoula pas de sang; le quatrième quelques-unes des plaies suppuraient, la plupart étaient en voie de réunion. La plaie du col commençait à se déterger et à fournir un pus de bonne nature; le douzième jour, le malade se promenait; la plaie était en partie comblée par les bourgeons celluleux et vasculaires partant du fond. Les autres solutions de continuité étaient presque toutes cicatrisées; enfin, du dix-septième au vingtième jour, celle du cou fut complètement fermée; il ne s'était pas échappé une goutte de sang depuis la cessation de la compression. J'ai revu le malade un an après; l'œil de gauche est un peu atrophié, et la vision de ce côté est très incomplète. La région latérale du cou offre une cicatrice unie, large de trois lignes environ; les pulsations artérielles sont beaucoup moins fortes que du côté opposé.

Obs. XLV. — *Coup de feu traversant le cou de part en part, de gauche à droite, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, intéressant le pharynx et l'artère carotide externe gauche. — Hémorrhagie. — Mort.* (*Communiquée par M. Caffe.*). — Léonard Besonneau, maçon, âgé de vingt ans, blessé sur la place de Grève, est amené à l'Hôtel-Dieu peu de temps après l'accident; il n'avait encore perdu qu'une très petite quantité de sang, soit par la bouche, soit par les plaies. Le malade ne peut imprimer aucun mouvement à sa tête sans que tout le torse y participe, tout mouvement de rotation du cou est impossible; il ne peut qu'avec difficulté retenir sa salive; lorsqu'il essaie de parler, le mouvement de déglutition pour avaler est très douloureux, l'articulation des mots est très imparfaite; on ne peut le comprendre qu'avec difficulté et après en avoir fait une étude. Le malade qui est grand, fort, vigoureux, permet une abondante saignée du bras; on ne juge pas convenable de pratiquer de débridement sur la région du cou; l'ouverture interne de chaque plaie laisse à l'inflammation un libre développement puisqu'elle aboutit dans le pharynx. Un pansement simple et des cataplasmes sont appliqués sur les plaies externes; on fait prendre deux fois par jour des pédiluves sinapisés, et le lendemain on pose des sangsues sur le pourtour de la blessure. Légers potages pour toute nourriture; la suppuration s'établit et s'écoule par les ouvertures externes; gargarismes détersifs; on recommande au malade le plus de calme et le moins de mouvement possibles. Les huit premiers jours sont sans accidens d'aucune nature: ce qui fait que le malade, malgré toutes nos instances, ne cesse de s'écarter de son lit; il va même jusqu'à se promener sur les ponts, et cause sans cesse avec ses camarades; le 10 dans la journée, il y a une légère hémorrhagie par les plaies et par la bouche; on tamponne à l'aide d'un bandage compressif; l'hémorrhagie s'arrête. A la visite du soir, on se contente d'imbiber l'appareil d'eau vinaigrée, ne jugeant pas nécessaire l'emploi d'aucun autre moyen: le malade n'est pas affaibli, le pouls est plein et régulier, le moral est sans inquiétude; mais dans la nuit du 10 a lieu une hémorrhagie abondante, et par les plaies et par la bouche; le chirurgien de garde enlève l'appareil placé pendant la journée; il exerce une compression plus grande au moyen de tampons de charpie, de compresses et d'une grande bande. L'hémorrhagie se ralentit, mais ne tarit pas. Des convulsions et

un affaiblissement excessif ont lieu ; à la visite du 11, le pouls est trouvé filiforme et fuyant, froideur de tout le corps, pâleur extrême, yeux ternes ; cette agonie n'empêche pas de songer à la ligature des gros troncs. La mort a lieu à dix heures du matin; elle suit un mouvement convulsif.

Autopsie. — Vaisseaux et cœur exsangues, la carotide externe gauche est ouverte à deux lignes de son origine; cette ouverture existe à la paroi antérieure du cylindre artériel.

C. *En avant.* — Enfin, j'aurai indiqué ce qui se rapporte au cou lorsque j'aurai passé en revue les hémorrhagies qui peuvent résulter de la lésion des *veines* et des *artères thyroïdiennes* ou des *veines antérieures du cou.* Disons, toutefois, que ces hémorrhagies sont plus graves par leur continuité que par la quantité de sang qu'elles fournissent de suite après leur division. Il est rare qu'on ne puisse ou les lier ou faire cesser l'hémorrhagie par la compression. Si les plaie du corps thyroïde dans l'état normal peuvent inquiéter le chirurgien à cause des hémorrhagies dont ces plaies sont la cause, à plus forte raison ces hémorrhagies sont-elles redoutables dans les cas où le corps thyroïde, énormément développé, a accru sa richesse vasculaire. Les extirpations de goîtres ont appris aux chirurgiens à quels accidens d'hémorrhagies ces opérations exposent le malade, et qu'il me suffise de rappeler entre autres le cas suivant:

Obs. XLVI. — *Fongus hématode développé dans le corps thyroïde, commencement d'opération; hémorrhagie veineuse.—Mort.*—Pierre Dalinière, âgé de dix ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 3 novembre 1830, présentant au coté gauche du cou une tumeur qui avait acquis un volume considérable en moins de quelques mois.

Ce développement si rapide et la grande mobilité de la tumeur déterminèrent Dupuytren à tenter son extirpation. La tumeur parcourue à sa surface par des veines volumineuses était fluctuante au centre. C'est à cause de cette dernière circonstance qu'une ponction exploratrice fut faite. Celle-ci donna issue à une énorme quantité de sang noir, qui fit pâlir le malade, et qu'on arrêta aussitôt par la compression faite avec les doigts. On commença la dissection de la production morbide; mais la crainte de voir périr le sujet arrêta l'opérateur qui se contenta alors d'étreindre la base de la tumeur avec le serre-nœud de Graefe.

L'hémorrhagie ne se renouvela pas ; mais dans la nuit le malade expira au milieu de convulsions.

Autopsie.—On ne constata l'ouverture d'aucun vaisseau important; mais on trouva que la maladie consistait en un tissu érectile excessivement vasculaire. Tous les organes étaient exsangues comme dans la mort par hémorrhagie.

Dans l'opération de la trachéotomie, un des embarras les plus grands est l'hémorrhagie veineuse qui s'accroît à mesure que la respiration devient plus pénible; elle menace, si l'on ouvre le canal aérien, de pénétrer dans les bronches et de produire une nouvelle suffocation; pourtant, surtout chez les enfans, il ne faut point hésiter, malgré l'hémorrhagie, à faire l'incision nécessaire à l'introduction de la canule; car, sitôt que l'opération est terminée et que la respiration est possible, l'hémorrhagie s'arrête spontanément.

L'écoulement du sang au dehors, et l'anémie qui en résulte ne sont pas le seul danger des hémorrhagies provenant de la lésion des gros vaisseaux du cou, ou même des vaisseaux de moyen calibre. Il peut se former, et même souvent il se forme une infiltration de sang qui se répand, non seulement dans le tissu cellulaire du cou, mais encore pénètre avec ce tissu dans le médiastin, où il pénètre plus ou moins loin. Certes cet épanchement, s'il ne comprime point les voies respiratoires, fait par lui-même courir peu de dangers immédiats au blessé; mais lorsque la plaie suppure, il arrive fréquemment que la suppuration suit le même trajet que le sang, et l'on conçoit dès-lors de quelle gravité doit être une inflammation purulente aussi étendue. On sait d'ailleurs que les ecchymoses épigastriques et lombaires ne tardent pas à annoncer l'infiltration sanguine du médiastin antérieur ou postérieur. Le traitement de cet accident ne présente pas d'indication spéciale; il doit être antiphlogistique, dès qu'il survient une inflammation.

ARTICLE III.

Hémorrhagies traumatiques de la poitrine.

De toutes les cavités viscérales, il n'en est aucune qui soit plus exposée que la poitrine à donner lieu, par suite de ses blessures, à des hémorrhagies traumatiques; il suffit que cette cavité contienne l'organe central de la circulation et qu'elle soit le confluent des deux grands systèmes artériel et veineux, pour qu'elle possède le funeste privilége d'être, toutes choses égales d'ailleurs, exposée à un plus grand nombre d'hémorrhagies et à des hémorrhagies plus graves.

Les hémorrhagies traumatiques de la poitrine peuvent provenir de vaisseaux qui se trouvent dans les parois de la cavité ou dans l'intérieur même de la cavité; et dans l'un et l'autre cas elles peuvent s'effectuer soit à l'intérieur soit à l'extérieur. Ainsi, les hémorrhagies de l'intercostale, qui cependant est un vaisseau contenu dans l'épaisseur des parois,

peuvent s'effectuer soit dans l'intérieur de la poitrine, soit à l'extérieur, suivant que la plaie qui a atteint l'artère est ou non pénétrante et suivant qu'elle présente telle ou telle direction.

Parmi les vaisseaux des parois de la poitrine qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies, je dois mentionner les artères intercostales, les veines intercostales (Kaltschmieddt), la mammaire interne, les artères et veines diaphragmatiques, ainsi que celles des branches de l'axillaire, qui viennent se distribuer à la partie supérieure du thorax.

Parmi les vaisseaux qui sont placés à l'intérieur du thorax, il n'en est peut-être aucun qui n'ait, dans quelques cas, été la source d'hémorrhagies traumatiques. Ainsi : 1° le cœur est quelquefois atteint par des instrumens vulnérans qui ouvrent soit une seule, soit plusieurs de ses cavités à-la-fois. Ces cas sont nombreux: on en trouve des exemples dans Lamotte et Morgagni, etc.

2° Les artères coronaires qui peuvent être atteintes et qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies mortelles sans qu'aucune des cavités du cœur ait été divisée. Lamotte (obs. 127) rapporte un exemple dans lequel il y a eu plaie de la coronaire, suivie de mort par hémorrhagie.

3° L'aorte, qui peut être ouverte soit dans sa portion comprise dans le péricarde, soit dans son trajet à l'extérieur de cette cavité.

4° L'artère pulmonaire, qui peut être atteinte soit dans son tronc primitif (Bonet, tom. 3, pag. 359), soit dans ses principales divisions avant de pénétrer dans le poumon, soit enfin dans les branches qu'elle fournit après avoir pénétré dans cet organe.

5° Les veines pulmonaires.

6° La veine cave supérieure et la sous-clavière, principalement celle du côté gauche.

7° La veine cave inférieure.

Celle-ci ne peut être atteinte, il est vrai, que dans un très court espace, et en quelque sorte dans un point unique; car chez l'homme elle ne parcourt pas un trajet de quelques pouces dans l'intérieur de la poitrine, comme on le voit chez les animaux, mais s'abouche dans l'oreillette droite au moment même où elle pénètre à travers le diaphragme.

8° Le réseau vasculaire du poumon lui-même.

9° Les artères bronchiques.

10° La veine azygos, dont les hémorrhagies sont si redoutables à cause des dispositions anatomiques que présente cette veine, qui d'ailleurs reçoit le sang de sources multiples, savoir: la veine cave supérieure, la veine cave inférieure ou ses divisions, et enfin les veines intercostales (1).

La cause la plus ordinaire des hémorrhagies traumatiques de la poitrine, c'est la pénétration d'un instrument aigu comme la lame d'une épée ou d'un sabre. Les pressions violentes sur le thorax peuvent également donner lieu à des hémorrhagies par suite de rupture du cœur ou des gros vaisseaux. Des fragmens aigus de côtes ou du sternum peuvent avoir le même résultat. (Morgagni, l. III, pag. 434.) Et enfin s'il est un lieu où les projectiles lancés par la poudre à canon peuvent avoir pour effet de déterminer une hémorrhagie, c'est bien évidemment dans la poitrine qui renferme des vaisseaux à-la-fois si nombreux et si considérables. Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, c'est plus encore, peut-être, la direction dans laquelle pénètre l'instrument vulnérant que la profondeur à laquelle il pénètre, qui influe sur la production de l'hémorrhagie: telle blessure pénètre la poitrine de part en part, qui ne donne lieu qu'à une hémorrhagie peu considérable; telle autre qui ne pénètre qu'à une profondeur de quelques pouces, détermine une hémorrhagie mortelle.

Beaucoup plus redoutables que les autres hémorrhagies traumatiques, celles de la poitrine, indépendamment des dangers inhérens à toute hémorrhagie, ont encore des effets fâcheux qui leur sont propres, et peuvent amener la mort, non-seulement par la perte de sang qu'elles causent, mais encore par la compression qu'elles déterminent sur des organes dont l'action incessante est indispensablement nécessaire à la conservation de la vie, et qui ne peuvent fonctionner sous l'effort d'un certain degré de compression. C'est cette dernière circonstance qui explique comment la mort survient avec tant de promptitude dans des cas d'hémorrhagies qui n'ont pas été assez considérables pour amener la mort par perte de sang, mais qui ont agi en comprimant le cœur ou les poumons. On en a un exemple frappant dans les hémorrhagies à l'intérieur du péricarde, ainsi que dans les deux cas déjà cités de Lamotte et de Bell, où la mort survint au bout de deux heures par suite d'une plaie de l'artère coronaire.

Le diagnostic doit surtout avoir pour objet de déterminer si l'hémorrhagie provient de vaisseaux contenus dans l'épaisseur des parois ou de vaisseaux renfermés dans l'intérieur de la poitrine. Quand une hémorrhagie provenant à la suite d'une blessure de l'intercostale, est déterminée par un instrument étroit et qui a pénétré obliquement dans la poitrine, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer le siége de cette hémorrhagie, et quelquefois de reconnaître même qu'il se fait une hémorrhagie, parce que le sang trouve

(1) Breschet, *Répertoire d'anatomie et de physiologie*.—Blandin, article médiastin de son *Anatomie topographique*. — Chassaignac, *Thèse inaugurale*.

plus de facilité à s'épancher dans la poitrine qu'à se porter au dehors.

Si la plaie est large et directe, les difficultés sont beaucoup moins grandes; néanmoins, il reste souvent encore, sur le véritable siége de l'hémorrhagie, des incertitudes que l'on parvient à dissiper: 1° En s'assurant que le sang qui s'échappe, présente tous les caractères du sang artériel; 2° En renversant, avec une pince, les lèvres de la plaie en dehors, et en examinant si l'hémorrhagie ne provient pas d'une des lèvres de la plaie; 3° En exerçant avec le doigt une compression qui porte sur la lèvre supérieure de la plaie, c'est-à-dire, sur celle qui répond au bord inférieur de la côte dont on suppose que l'intercostale est blessée. On a encore conseillé de recourir, dans le même but, à l'usage d'une carte roulée en forme de gouttière; mais l'emploi de ce moyen suppose une plaie large, et alors on peut s'en passer, puisqu'on peut, *de visu,* reconnaître le lieu d'où le sang s'échappe.

Du reste comme il est de la plus haute importance d'acquérir une certitude sur la source réelle d'une hémorrhagie qui peut provenir soit d'une intercostale, soit d'un vaisseau contenu dans la poitrine, puisque les indications à remplir diffèrent essentiellement dans l'un et l'autre cas, on doit encore s'aider quand la chose est possible, de l'examen du corps vulnérant comparé à la largeur de la plaie, et l'on doit prendre en considération la profondeur à laquelle il a pu parvenir, la direction qu'il a suivie, etc.

Malgré tout cela, il est des cas dans lesquels le diagnostic présente encore de grandes incertitudes, et dans lesquels l'erreur est bien difficile à éviter.

Lorsqu'à la suite d'une lésion de l'intercostale, ou du poumon ou des gros vaisseaux, le sang s'épanche dans la cavité des plèvres, on reconnait cette hémorrhagie traumatique interne aux signes suivans, parmi lesquels je ne mentionne que ceux qui appartiennent plus spécialement à l'hémorrhagie traumatique interne, car il en est plusieurs autres qui appartiennent indistinctement à tous les épanchemens dans la poitrine, quelles que soient leur nature et leur origine. Immédiatement ou peu de temps après que la blessure a été faite, il survient de l'oppression et une respiration brève, fréquente, suspirieuse; une anxiété extrême; une pesanteur et des tiraillemens à la région du diaphragme; en outre la matité du son dans les parties les plus déclives du thorax, l'accroissement dans les dimensions du côté de la poitrine dans lequel s'effectue l'hémorrhagie; l'augmentation de volume de la région hypochondriaque du même côté; la petitesse, la concentration et la fréquence du pouls; la pâleur de la face, etc., fournissent des données à-peu-près certaines, non pas il est vrai sur le siége de l'hémorrhagie, mais du moins sur son existence.

Les symptômes des hémorrhagies traumatiques de la poitrine sont de deux sortes : les uns se rapportent exclusivement à la perte du sang, et on les observe dans les hémorrhagies externes comme dans les hémorrhagies internes, les autres se rattachent aux phénomènes généraux des épanchemens, et principalement à une compression exercée sur les divers organes contenus dans la poitrine; on conçoit dès-lors que ces derniers doivent différer suivant que la compression s'exerce spécialement sur le poumon ou sur le cœur. C'est ainsi que l'on voit les hémorrhagies produites par la blessure de ce dernier organe s'accompagner de syncope, d'oppression, de froid aux extrémités, d'interruption du pouls, d'anxiété, de frayeur; tandis que les hémorrhagie dans les plèvres, tout en déterminant plusieurs de ces phénomènes, s'accompagnent surtout de gêne de la respiration, de pesanteur sur le diaphragme, de matité du son dans les parois latérales du thorax, de toux et de crachement de sang, et de l'issue d'un sang écumeux quand le poumon est intéressé. Lorsque dans les blessures des vaisseaux de la poitrine le sang s'écoule au-dehors, la couleur de ce sang peut encore donner des notions sur la nature du vaisseau divisé. C'est ainsi que le sang qui s'écoule des veines ou des cavités droites du cœur, est reconnaissable à sa couleur noire; qu'il est vermeil lorsqu'il provient des artères et des cavités gauches; qu'il est mélangé quand il est fourni par l'un et l'autre ordre de vaisseaux.

Si l'hémorrhagie provient d'un vaisseau contenu dans les parois de la poitrine, et si la blessure n'a pas mis le vaisseau assez à découvert pour qu'on puisse en opérer la ligature, il convient de recourir à un débridement propre à faciliter l'emploi de la ligature et de la compression. Si au contraire l'hémorrhagie provient d'un vaisseau intérieur, on doit fermer exactement la plaie afin de retenir dans la poitrine le liquide épanché, jusqu'à ce que sa présence ait apporté pendant assez long-temps un obstacle à l'issue d'une nouvelle quantité de sang par la plaie du vaisseau.

Les nombreux procédés qui ont été mis en usage contre les hémorrhagies d'ailleurs si rares de l'artère intercostale, sont trop connus pour que je les mentionne ici. Je dirai seulement que parmi ces procédés qui appartiennent à Gérard, Goulard, Lotteri, Quesnay, Bellocq, Boyer et Desault, le plus facile est celui de Desault. Ce serait donc à ce procédé que je donnerais la préférence, mais ce ne serait qu'après avoir préalablement essayé la ligature de l'artère intercostale. M. Larrey (*Clinique,* tom. II, page 181) rapporte un cas d'hémor-

rhagie résultant d'une blessure de l'artère mammaire interne, et (page 183) une observation de lésion de l'intercostale. Par la réunion, il a obtenu le cessation de l'hémorrhagie et la guérison complète.

Le traitement des hémorrhagies traumatiques ne doit pas avoir pour unique objet d'obtenir la cessation de l'hémorrhagie; il faut encore que les suites fâcheuses de cet accident, quand il a eu lieu à l'intérieur de la poitrine, soient prévenues autant que possible, et rien n'est plus important sous ce rapport que de faciliter la sortie du liquide accumulé dans la cavité de la plèvre.

Au reste, cette indication n'est que d'une importance tout-à-fait secondaire quand on la compare à celle qui prescrit d'arrêter à tout prix l'hémorrhagie; aussi, avant de pratiquer une nouvelle ouverture ou d'agrandir celle qui existait déjà, convient-il de s'assurer si l'écoulement du sang hors du vaisseau divisé a cessé complètement. Hors de cette condition, l'opération n'aurait d'autre résultat que de favoriser la continuation de l'hémorrhagie en privant la plaie du vaisseau de la compression salutaire qu'exercent sur elle le sang retenu dans la poitrine, ainsi que les caillots qui ont pu se former. Aussi, dans les cas où l'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même ou du moins paraît arrêtée, faut-il, avant d'opérer, recourir à toutes les données qui peuvent constituer une presque certitude à cet égard. Tant que le blessé est pâle et faible, qu'il a les extrémités froides, des lypothymies, ou des syncopes, et que son pouls est faible, fréquent, concentré, il faut attendre l'hémorrhagie intérieure continue. Lorsqu'au contraire la chaleur et la coloration sont rétablies à l'extérieur du corps, lorsque le pouls est relevé, qu'il a repris de la force, on peut, si les accidens l'exigent, pratiquer l'opération. Toutefois, si la suffocation n'est pas imminente, il vaut mieux, lorsque l'hémorrhagie n'a point été arrêtée par des moyens dont l'effet est aussi assuré que celui de la ligature ou de la compression, il vaut mieux, dis-je, attendre un peu que de trop se hâter, car autrement l'oblitération de la plaie du vaisseau pourrait n'être pas assez solide pour résister à l'impulsion du sang après la soustraction de l'appui extérieur que lui fournit le liquide épanché. Entre les deux inconvéniens, celui de trop se hâter et celui de trop attendre, il n'y a pas à hésiter: le second est le moins à redouter; le retour de l'hémorrhagie après une ouverture faite ou agrandie prématurément, amènerait des accidens d'une gravité plus prochaine que ceux produits par le séjour trop prolongé du sang dans la poitrine.

Le seul cas où il soit peut-être permis de s'écarter de cette règle est celui où, après avoir inutilement employé les larges saignées et les autres moyens dérivatifs, la vie du blessé paraît menacée d'une manière plus imminente par la suffocation que par la perte du sang. M. Duret, semble, dans certains cas, avoir obtenu de grands succès, par la méthode qui consiste à ouvrir largement la cavité du thorax dans le cas de plaie pénétrante avec hémorrhagie (1).

Obs. XLVII. — *Coup d'épée sous l'aisselle droite, sortant près du sternum. — Epanchement sanguin. — Mort. — Lésion de l'artère coronaire du cœur.* — Une épée qui avait pénétré dans la poitrine par la partie postérieure, entre la cinquième et la sixième côte du côté gauche, était sortie à côté et un peu au-dessous du mamelon du même côté. Le malade vécut encore deux heures. A l'autopsie on trouva toute la plèvre gauche remplie de sang. L'instrument vulnérant avait ouvert l'artère coronaire sans pénétrer dans aucune des cavités du cœur (Lamotte, obs. 227).

Obs. XLVIII. — *Blessure de l'artère pulmonaire. — Mort.* — Un noble reçoit dans un festin un coup de poignard vers l'aisselle droite, entre la troisième et la quatrième côtes; un sang spumeux coule à flots par la plaie; l'abattement, les syncopes se succèdent avec rapidité, et le troisième jour il expire.

La poitrine ayant été ouverte, cette cavité fut trouvée remplie de sang grumeleux, le lobe droit du poumon et l'artère pulmonaire avaient été lésés par l'instrument. Balth. Timœus XVI. (Boneti, *sépulchr.*, vol. III, pag. 359.)

Obs. XLIX. — *Plaies des deux ventricules. — Mort.* — Un habitant de Ratisbonne reçut dans la poitrine un coup d'épée. Il tomba mort, n'ayant perdu par la plaie qu'une très petite quantité de sang.

A l'autopsie on reconnut que le fer avait pénétré entre les fausses côtes gauches, respecté les poumons, mais qu'il avait transpercé les deux ventricules. Johannes Helwigius, obs. méd. 68. (Boneti, sépulch., vol. III, p. 384, obs. 18.)

Obs. L. — *Epanchement de sang. — Mort.* Morgagni, lettre 53e, raconte qu'un vieillard de 70 ans, aveugle depuis vingt-années, se frappa violemment la partie gauche de la poitrine contre un caillou, et se fractura plusieurs côtes. Une douleur gravative et pongitive se manifesta bientôt à la partie blessée, le pouls devint dur, la respiration difficile, et il mourut le neuvième jour.

A l'ouverture, on constata que la cavité gauche de la poitrine était remplie de sang épanché; toutes les vraies côtes de ce côté étaient fracturées, la septième avait déchiré le diaphragme par ses aspérités.

(1) Voy. *Dictionn. de méd. et de chirur. prat.*, t. 15, article *plaie*, p. 205. (Une observat. de M. Taxil.)

Obs. LI.—*Blessure mortelle du cœur sans lésion du péricarde.* — Boirellus (*Zodiac. med. gall., p.* 156) raconte que le sire de Serreuil ayant reçu un cou de feu dans la poitrine, succomba trois ou quatre heures après, bien que la balle se fût arrêtée sur le péricarde sans le léser en aucune manière.

On constata par l'autopsie que le péricarde était intact, mais rempli de sang qui s'était échappé par une blessure située à la partie inférieure du ventricule droit du cœur. (Bonnet, tom. III, page 375.)

Obs. LII.—*Ruptures du cœur par contusion des parois de la poitrine sans lésion extérieure* (1).—Vater trouva sur une femme qui avait été violemment frappée à la poitrine par un char lancé avec force, les côtes supérieures fracturées à gauche près du sternum avec la clavicule; le péricarde était intact et cependant le cœur était rompu dans son ventricule droit dans une étendue égale à la longueur de l'ongle.

Obs. LIII.—*Epanchement de sang dans la poitrine et l'abdomen, suite de blessure du cœur* (2).—Valsalva observa le fait suivant : un homme de 35 ans ayant été blessé vers le milieu du sternum entre les cinquième et sixième côtes, est pris sur-le-champ de prostration, perte du pouls. Cependant trois heures après les forces reviennent peu-à-peu; on l'apporte à l'hôpital et dès-lors il est tourmenté d'une toux violente qui augmente de jour en jour jusqu'au huitième où il meurt.

A la première incision faite sur le côté droit du sternum, le sang qui remplissait ce côté de la poitrine jaillit avec force ; on enleva le sternum; le sang fut essuyé et une nouvelle quantité s'écoula encore du ventre dans la poitrine à travers le diaphragme qui était blessé. On ouvrit le ventre et on y trouva du sang.

Le médiastin, correspondant à la plaie, avait été blessé le premier, puis le péricarde, puis la partie du ventricule droit du cœur, en sorte que la fente de la blessure pénétrait dans l'intérieur de ce ventricule. Mais très près de la blessure du médiastin se trouvait celle du diaphragme à travers laquelle le sang s'écoulait d'une cavité dans l'autre.

Obs. LIV. — *Plaie du cœur.—Mort* — Morgagni cite le fait suivant (lettre 53e): Un pauvre de Milan, âgé de 40 ans, vigoureux, reçut un coup de couteau à deux travers de doigt au-dessous de la mamelle gauche; le sang s'écoula en petite quantité; le blessé fit soixante-dix pas, s'assit, vomit son dîner et mourut une demi-heure après.

Le côté gauche de la poitrine contenait beaucoup de sang épanché ainsi que le péricarde ; la blessure extérieure était fort étroite, se dirigeait entre deux côtes, parvenait au péricarde et au côté antérieur du ventricule gauche.

Obs. LV. — *Hémorrhagie mortelle de la veine azygos.* (*Repert. d'Anat. t. IV, p.* 196.) — Nous trouvons le fait suivant dans un rapport de médecine légale, fait par M. Breschet, chargé d'examiner le cadavre d'un homme tué en duel.

Le corps soumis à notre examen est celui d'un homme de 20 à 25 ans....

A la partie antérieure et supérieure droite du thorax se trouve une blessure dirigée à-peu-près parallèlement à la clavicule, c'est-à-dire un peu de haut en bas et de dehors en dedans; la plaie nous a paru avoir été faite vers ses deux extrémités par un instrument tranchant, tandis que vers sa partie moyenne, ses bords inégaux et contus résultent de l'action d'un corps contondant.

La cavité de la poitrine est tapissée par une couche fibrineuse d'un blanc rougeâtre, disposée en fausse membrane, n'adhérant en aucun point à la plèvre et aux poumons.

La veine azygos était ouverte un peu au-dessus de la courbure qu'elle décrit avant son embouchure dans la veine-cave, sur le côté droit du corps de la cinquième vertèbre dorsale.

Obs. LVI. — *Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu : lésion du cœur avec intégrité du péricarde. — Hémorrhagie dans l'intérieur de ce sac. — Mort.* — Un jeune homme de 26 ans, sergent-major en congé, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, à huit heures du soir, dans le courant du mois de décembre dernier. Une ouverture à bords contus et noirâtres existait entre la cinquième et la sixième côte gauche; il ne sortait point de sang. Les personnes qui l'apportèrent déclarèrent qu'une tentative de suicide l'avait mis dans cet état. Le blessé répondait encore, mais imparfaitement, aux questions qu'on lui adressait : le pouls était assez sensible : le lendemain matin son intelligence avait singulièrement baissé. M. Roux qui le vit à sa visite introduisit un stylet dans l'ouverture, mais n'osa pas l'enfoncer trop avant. La percussion donnait un son mat dans toute la région précordiale. Le son était clair à la percussion, et la respiration s'entendait, quoique faible, dans tout le reste du côté gauche. Il était impossible de sentir les pulsations de la radiale : on pouvait encore à grand'peine sentir celles des carotides. Le malade mourut dans la journée.

Autopsie. —La balle avait parcouru un trajet oblique d'avant en arrière, de haut en bas et de droite à gauche. Elle s'était logée entre le péricarde, le diaphragme et le bord tranchant de la base du poumon gauche; elle avait, en parcourant ce trajet, rompu des adhérences celluleuses qui unissaient le poumon à ces par-

(1) Morgagni, lettre 53.
(2) Ibid.

ties. Elle s'était allongée en sortant; on voyait qu'elle sortait d'un de ces pistolets de poche dont les canons se vissent : les recherches les plus minutieuses ne purent faire découvrir aucune trace de lésion dans le péricarde, et cependant la transparence de cette membrane, jointe à l'augmentation notable de son volume, faisaient soupçonner au sein de sa cavité un épanchement sanguin considérable. L'incision du sac confirma ces soupçons et donna issue à une énorme quantité de sang, dont un quart environ était liquide, le reste caillé. On examina le cœur avec le plus grand soin, et on trouva au point de réunion de sa face antérieure avec son bord gauche, une perte de substance ronde, contuse, inégale, d'environ trois lignes de diamètre, et de deux lignes de profondeur à son centre. La face interne du péricarde était aussi saine que sa surface extérieure. On n'a pas remarqué si la solution de continuité du cœur était située sur le trajet des vaisseaux coronaires. Quant au volume de l'organe, il a paru être en disproportion notable avec la taille de l'individu.

ARTICLE IV.

HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES ABDOMINALES.

Les hémorrhagies traumatiques abdominales sont fournies par deux sources distinctes : 1° par les vaisseaux qui rampent dans les parois de la cavité ; 2° par les gros vaisseaux qui y sont renfermés, par ceux qui se distribuent aux organes, et enfin par le parenchyme des organes eux-mêmes.

La lésion de ces différens vaisseaux peut avoir un effet commun : l'épanchement et l'accumulation de sang dans la cavité du péritoine.

L'aorte ventrale, la veine-cave descendante, les artères sous-diaphragmatiques, lombaires, le tronc cœliaque, les artères hépatiques, coronaires stomachiques, spléniques, mésentériques supérieure et inférieure, leurs divisions, les branches et le tronc de la veine-porte, les artères et veines rénales, les artères et veines spermatiques, les artères et veines iliaques primitives, etc., et enfin la substance même des organes très vasculaires qui remplissent la capacité abdominale et le bassin, peuvent être lésés par les instrumens piquans ou tranchans qui pénètrent dans le ventre. Les organes parenchymateux, le foie, la rate, peuvent être, ainsi que les gros vaisseaux, rompus ou dilacérés par la chute ou le passage de corps pesans sur l'abdomen ; enfin, les artères qui rampent dans l'épaisseur des parois, et surtout les épigastriques et les branches terminales des mammaires peuvent être lésées par des corps vulnérans ordinaires ou par des opérations chirurgicales, et fournir une hémorrhagie externe ou interne.

Il est difficile de distinguer avec précision à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, la source des hémorrhagies qui s'effectuent dans cette cavité. En effet, les symptômes ne sont en général que ceux de toutes les hémorrhagies internes, auxquels se joignent, la tuméfaction molle et progressive du ventre, et, pendant les premiers momens, une douleur plus vive, plus prononcée dans le trajet de la plaie que partout ailleurs. La tension devient d'autant plus rapide que le vaisseau divisé est plus considérable. Il va sans dire que quand elle est très prompte, on doit supposer la lésion d'un vaisseau de gros calibre, et que l'affaiblissement est très rapide en proportion de la tuméfaction. Si en palpant ou en auscultant l'abdomen avec soin, on sentait ou on entendait un bruissement régulier, ce serait une raison de penser que le vaisseau est une artère plutôt qu'une veine.

La même difficulté se présente à bien plus forte raison quand la lésion dépend d'une de ces causes puissantes qui déchirent les viscères par la pression qu'ils exercent sur eux. Les boulets arrivés à la fin de leur course, les voitures pesamment chargées, en un mot toutes les causes contondantes qui agissent à-la-fois sur une grande surface et avec une grande force, déterminent dans les viscères abdominaux, une lésion étendue et profonde dont les caractères se confondent en quelque sorte en un seul principal ; savoir : tendance à la syncope accompagnée d'une tuméfaction énorme et douloureuse de l'abdomen ; ce n'est que dans le cas où une cause moins puissante a en quelque sorte localisé son action sur un organe en particulier, en blessant les vaisseaux qui s'y distribuent, que l'on peut reconnaître les sources de l'hémorrhagie. Ainsi, qu'à la suite d'un coup, d'une blessure par une épée ou d'une chute, le foie, la rate, le rein soient divisés, déchirés ou contus, et que de ces lésions résulte un épanchement abdominal ; en même temps que celui-ci se fait reconnaître, au gonflement et à la tension de l'abdomen, la lésion de la rate se dessinera par la douleur, le gonflement, la tumeur que l'on sentira dans l'hypochondre gauche, celle du foie par la douleur et la tuméfaction de l'hypochondre droit, et la teinte ictérique générale, celles du rein par la douleur sur les côtés de la colonne vertébrale, par la tumeur que l'on sentira dans la région rénale et par les urines sanglantes ; que la même lésion atteigne l'estomac, l'intestin, la vessie, l'utérus, et des vomissemens de sang, des selles brunes ou sanguinolentes, l'écoulement du sang par l'urètre ou le vagin, en même temps que la douleur principale est fixée sur l'un de ces différens organes, suffiront dans beaucoup

de cas pour remonter à la source du mal.

Enfin quand il ne se manifeste aucun symptôme indiquant une lésion d'organe, toutes les fois que le trajet de la plaie rencontre celui d'un vaisseau, et qu'une hémorrhagie se manifeste, on doit croire qu'elle est fournie par les parois.

Au reste, comme dans la plupart des cas il existe d'autres lésions, qui indépendamment de l'épanchement peuvent produire la mort, il en résulte que souvent on a moins à regretter de n'avoir pu reconnaître la source de l'hémorrhagie pour la tarir. La marche de l'épanchement est variable suivant le volume du vaisseau qui le fournit, et suivant que cet épanchement est simple ou compliqué.

Lors même qu'il est simple, s'il provient d'un très gros vaisseau, sa marche est rapide, et le malade tombe promptement dans une syncope mortelle.

Au contraire, lorsque le vaisseau lésé est d'un volume médiocre, après les premiers accidens, tels que la douleur, un sentiment de chaleur qui se répand dans toute la cavité abdominale, quelquefois la paleur générale, la décomposition des traits, la tuméfaction du ventre, les nausées et même les lipothymies, l'hémorrhagie s'arrête. On a fait remarquer en effet que la pression uniforme que les viscères abdominaux exercent continuellement les uns sur les autres est bien propre à prévenir les épanchemens qui tendraient à se faire dans le péritoine et à retenir les matières liquides ou fluides dans les canaux qu'elles parcourent, pourvu toutefois que la plaie ne soit pas très large et qu'une cause puissante ne les force pas à en sortir. Dans ces cas la paleur cesse, le pouls se relève et les lipothymies disparaissent. Le sang peut bien encore agir comme corps étranger sur le péritoine et déterminer une péritonite grave; mais dans quelques cas heureux il est résorbé peu-à-peu ou bien il se rassemble en un foyer unique.

Petit, fils de Jean-Louis, dans un mémoire sur ce sujet inséré parmi ceux de l'ancienne et célèbre académie de chirurgie, a bien décrit le mécanisme suivant lequel se forme la collection dans ces cas. Il pense, ainsi que Garengeot, que toujours le liquide primitivement répandu dans toute la cavité, se rassemble en un foyer à la partie inférieure de l'abdomen. Petit a constaté qu'après la mort, le caillot formant une masse unique, est limité par une adhérence qui s'établit entre les intestins et la paroi antérieure de l'abdomen, et qu'il est contenu dans un kyste lymphatique que l'on peut isoler de toutes parts des intestins, de la paroi abdominale et du caillot; cet examen a été fait le vingt-et-unième jour de la blessure.

C'est peu-à-peu que le liquide d'abord répandu uniformément se rassemble, et ce n'est que quand déjà la collection est assez avancée que l'on commence à la reconnaître au toucher. Jusque-là, la tension du ventre est générale et uniforme; mais à mesure que le liquide se rassemble on voit la partie inférieure du ventre se bomber et se tendre plus que le reste de la cavité. Au bout de quelque temps les symptômes inflammatoires se réveillent. La douleur se maintient dans le lieu où siége le foyer qui s'elève en se circonscrivant de plus en plus. Quelquefois il se manifeste une ecchymose plus ou moins apparente sur le sommet du foyer dans lequel la fluctuation devient de plus en plus prononcée. La présence du liquide gêne la vessie et l'émission de l'urine, quelquefois même le réservoir urinaire paraît participer à l'inflammation, les besoins d'uriner sont fréquens, il peut y avoir rétention et l'on soulage le malade par le cathétérisme. Ces phénomènes sont accompagnés d'anxiété et de fièvre, et si l'on ne vient pas au secours du malade, il périt avec les signes d'une inflammation abdominale.

On conçoit qu'il doit être de la plus haute importance d'arrêter dans l'origine l'hémorrhagie qui tend à se faire dans la cavité du péritoine. Quand elle est fournie par les artères qui rampent dans les parois abdominales, on peut y parvenir sûrement. Mais, parmi celles-ci, il n'y a guère que l'artère épigastrique qui ait un volume assez considérable pour donner lieu à une hémorrhagie inquiétante. Outre les blessures qui résultent de l'action des instrumens vulnérans, l'épigastrique est encore exposée à être blessée dans deux opérations chirurgicales, le débridement des hernies crurale et inguinale, quand on le dirige dans un sens vicieux et qu'on lui donne trop d'étendue, et la paracenthèse. Quand la plaie est étroite, il est possible que l'hémorrhagie n'apparaisse point au-dehors, parce que le sang trouve beaucoup plus de facilité à se répandre dans l'abdomen qu'à traverser toute l'épaisseur des parois pour s'écouler au-dehors. Ce n'est par conséquent que quand l'épanchement est assez considérable pour manifester sa présence par les symptômes déjà indiqués, que l'on commence à reconnaître qu'une hémorrhagie interne a lieu. Cependant il arrive aussi que la résistance des viscères abdominaux suffit pour l'empêcher de se répandre au-dedans et pour arrêter l'hémorrhagie, ou pour le forcer à sortir par la plaie. Après la paracenthèse, l'hémorrhagie se produit ordinairement avec facilité au dehors, parce que la canule qui a séjourné dans la plaie l'a laissé béante et ouverte au sang qui la parcourt sans obstacle. Quand les plaies ont quelque largeur, comme par exemple celles qui résultent de l'opération de la hernie, on s'aperçoit presque toujours

facilement de la lésion de l'artère épigastrique, à l'écoulement d'une certaine quantité de sang qui sort immédiatement après le débridement. Il en est de même quand cette artère se trouve lésée dans une plaie pénétrante de quelque étendue.

On arrête les hémorrhagies qui suivent l'opération de la paracenthèse par plusieurs moyens. On peut presser entre les doigts toute l'épaisseur des parois abdominales dans lesquelles le trajet de la plaie est contenu, le serrer et le froisser pendant quelques instans. Faudrait-il, à l'imitation de Bellocq, remplir la plaie d'un petit cylindre de bougie de cire, ou de bougie en gomme élastique? Nous avons dans ce moyen très peu de confiance.

Quand l'artère épigastrique est lésée dans une opération de hernie, on conseille de recourir à divers moyens. Boyer, dans un cas où il vit sortir du sang, après l'opération de la kélotomie, enfonça dans la plaie la partie moyenne d'une compresse de manière à en former un cul-de-sac qu'il remplit de charpie; après quoi, ayant attiré la compresse à lui, l'hémorrhagie se trouva suspendue définitivement. On pourrait aussi en cas d'hémorrhagie rebelle tenter la ligature de l'épigastrique à quelques lignes de sa naissance. Enfin, lorsque l'artère épigastrique ou toute autre artère des parois abdominales se trouve lésée dans une plaie assez large pour qu'on puisse la saisir et la lier, on doit le faire, à moins que l'on n'aime mieux pratiquer un point de suture entortillée qui, en comprimant les deux lèvres de la plaie l'une contre l'autre arrêtera sûrement l'hémorrhagie.

Tels sont les moyens à l'aide desquels on peut prévenir l'épanchement dans la cavité du péritoine quand l'artère lésée a son siége dans l'épaisseur des parois de cette cavité.

Quand l'hémorrhagie a une source plus profonde, il faut chercher alors à l'arrêter par les seuls moyens qui soient au pouvoir de l'art et ils sont beaucoup moins efficaces. Le malade sera saigné abondamment, des applications réfrigérantes seront faites sur l'abdomen et l'on prescrira en même temps le régime le plus sévère.

Enfin, lorsque la collection sera formée et que les symptômes d'inflammation locale auront disparu, on pratiquera, à l'imitation de Vacher, une incision qui devra diviser la paroi abdominale sur le point où la fluctuation est le plus sensible. Après l'écoulement du liquide on fera quelques injections détersives et on cherchera à prévenir ou à modifier les accidens inflammatoires.

Obs. LVII. —Bonet (*d'après Tulpius, liv. 2, chap. 18*) rapporte l'exemple d'un homme atteint de deux blessures, dont l'une avait pénétré dans le foie et l'estomac, et l'autre dans le médiastin, le péricarde et le ventricule droit. L'abondance du sang était telle que le cœur nageait dans ce liquide. Ce qui n'empêcha pas que le malade ne survécut à cette blessure jusqu'à la fin du second jour.

Obs. LVIII.— *Hémorrhagie mortelle d'une veine mésentérique dans une hernie ombilicale* (1).— Une jeune fille offre, à 12 ans, un abcès sous-ombilical, qui s'ouvre et se cicatrise spontanément après l'issue de beaucoup de matières liquides jaunâtres. A 22 ans, derrière la cicatrice se développe une petite tumeur, qui, au bout de quatre ans, s'ouvre et donne issue à un jet rapide et non interrompu de sang; cette hémorrhagie est suivie d'une syncope de trois quarts d'heure. Sept jours plus tard, elle reparaît et dure une heure, malgré une forte compression, la malade ayant voulu se lever. Après une semaine, la malade étant dans le plus parfait repos, et dans son lit, nouvelle hémorrhagie aussi forte qui la réduit à l'épuisement. Portée, le 7 février 1809, dans les salles de Scarpa, il fait pratiquer la compression, et néanmoins, trois jours après, nouvel écoulement de sang.

Introduction dans l'ouverture de la tumeur, d'un tampon de charpie imprégnée de liqueur astringente, et compression.

Le 3 mars, escarrhe, qui tombe le 7, et laisse sortir beaucoup d'excrémens jaunes et liquides. Mort deux jours après.

Autopsie. — Intestins et épiploon pelotonnés adhérens au sac. Iléon communiquant avec la plaie des tégumens, et dans son mésentère, une veine mésentérique distendue par des caillots de sang et deux fois plus grosse qu'une plume à écrire, se dirigeant vers la plaie extérieure et s'y ouvrant entre le péritoine et l'intestin. Les autres veines mésentériques et les hémorrhoïdales internes étaient plus dilatées que de coutume.

Obs. LIX. — *Coup d'épée à l'épigastre; point d'autres accidens que de la faiblesse; mort le troisième jour; quatre livres de sang dans le péritoine* (2). — Un soldat reçut un coup d'épée au-dessous du cartilage xiphoïde; il ne se manifesta aucun des symptômes qui annoncent une hémorrhagie interne; il y avait seulement faiblesse et insomnie. Malgré le traitement, le malade succomba le troisième jour.

L'epée avait percé l'iléon, le jéjunum et le mésentère, avait ouvert un rameau mésentérique: quatre livres de sang étaient épanchées.

Obs. LX. — *Hémorrhagie ombilicale, terminée par la mort* (3). — Chez un enfant de huit jours, il fut impossible d'arrêter cette hémorrhagie, et la mort arriva le deuxième. A l'ouverture, on

(1) *Journal général*, 1813, t. XLVI, p. 231. Scarpa, Cinquième mémoire sur la hernie ombilicale.

(2) Ledran, obs. 91.

(3) *Arch. de méd.*, t. 7, 1825, p. 591.

trouva la veine ombilicale distendue par du sang liquide, et du volume d'une plume d'oie; les deux artères ombilicales étaient également très grosses, mais *profondément rétractées* dans les parois abdominales.

L'auteur conseille dans les cas analogues de mettre à découvert et de lier les artères.

Obs. LXI. — *Rupture de la rate dans une chute. —Mort* (1). — Une femme portant un lourd fardeau fit une chute dans un escalier, et reçut une forte contusion au côté gauche; elle se plaignit de la douleur qu'elle en ressentait, et cependant reprit ses occupations. Mais bientôt le mari de cette femme vint trouver ses voisins en leur disant que sa femme était près d'expirer... ce qu'elle fit en effet peu après.

A l'examen du corps, on constata que le ventre était extraordinairement tuméfié; on l'ouvrit et on le trouva rempli de sang coagulé; la rate était déchirée dans le sens de sa longueur. L'hémorrhagie était si complète qu'il ne restait pas une goutte de sang dans les vaisseaux. (D. Caroli. Rayger. *Miscell. cur. nat. dec.* III, ann. II.)

Obs. LXII. — *Blessure de la rate. — Hémorrhagie. — Mort* (2). — Deux jeunes gens s'étant pris de querelle, l'un d'eux lança à l'autre un couteau dont l'extrémité était obtuse dans l'hypochondre gauche. Aussitôt des lipothymies, des sueurs froides, la disparition du pouls pendant deux heures, en un mot les symptômes les plus graves se manifestèrent. On chercha vainement à reconnaître la direction de la plaie; on constata seulement que l'instrument s'était arrêté sur une côte... Les accidens continuèrent de la sorte pendant huit heures environ, après quoi le malade expira.

L'abdomen étant ouvert, on trouva la cavité remplie entièrement de sang... La rate offrit une plaie de deux ou trois doigts d'étendue, on constata que le couteau avait traversé la côte.

Obs. XLIII. — *Hémorrhagie mortelle du grand épiploon, causée par une ponction abdominale* (3). — Une ponction faite pour une ascite sur une femme de 20 ans, fut suivie deux heures après de la mort de la malade; la canule n'avait donné issue qu'à de la sérosité. A l'ouverture on trouva environ un litre et demi de sang coagulé et vermeil dans les points les plus déclives de la cavité, il était surnagé par de la sérosité; les viscères abdominaux examinés avec soin ne présentèrent aucune lésion, mais le grand épiploon aggloméré en une sorte de cordon épais, long de cinq à six pouces et large de dix-huit lignes environ, se dirigeait de l'estomac au côté gauche antérieur de la paroi abdominale, et adhérait à cette partie dans le point où la ponction avait été pratiquée. Des vaisseaux assez gros se ramifiaient dans son tissu, et sans qu'il fût possible de reconnaître l'artère ou la veine lésée, son état d'imbibition par du sang vis-à-vis le trou fait par le trois-quarts, ne laissa aucun doute sur le siége de l'hémorrhagie. Dans la paroi abdominale aucune branche de la mammaire ou de l'épigastrique n'avait été piquée.

Obs. LXIV. — *Blessure des vaisseaux mésentériques* (4). — Un homme reçoit dans la partie inférieure de l'hypochondre droit, un coup violent; il tombe mort. A l'ouverture on reconnaît que les vaisseaux du mésentère ont été déchirés. (*Tulpius*, lib. 2, obs. 29.)

Obs. LXV. — *Blessure du foie et de la veine cave. — Mort.* — Le lieutenant André Ferbert ayant été blessé à l'hypochondre droit par une épée, il s'écoula, par la plaie, une grande quantité de sang. Le malade se plaignit de douleurs remontant jusqu'au larynx; il survint des vomissemens bilieux, des selles sanglantes..... et bientôt la mort.

L'abdomen ouvert, le foie et la veine cave furent trouvés lésés par le fer de l'épée. (Bonet, vol. 3, p. 362.)

Obs. LXVI. — *Chute, rupture de l'utérus, hémorrhagie* (5). — Une femme, arrivée au sixième ou septième mois de la gestation, se laisse tomber d'un deuxième étage. Tous les symptômes d'une hémorrhagie interne abondante se manifestent; par la vulve il ne s'échappe qu'un peu de sang. La malade succombe au bout d'une heure. On trouve l'utérus déchiré dans une grande étendue, l'enfant dans la cavité du péritoine et un épanchement de sang considérable.

Obs. LXVII. — *Chute. — Mort. — Epanchement sanguin dans le ventre. — Rupture d'une veine rénale* (6) — Un malade qui venait de faire une chute est porté à l'hôpital Saint-Éloi, présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie cachée. Il succombe rapidement. A l'autopsie, on trouva une des veines rénales rompues. Elle avait été la source d'un épanchement considérable dans l'abdomen.

Obs. LXVIII. — *Coup d'épée dans l'abdomen. — Ouverture de l'artère épigastrique sans hémorrhagie externe. — Mort* (7). — Un officier d'un régiment italien, prisonnier en Angleterre, à Portsmouth, se battit en duel avec un de ses compagnons d'infortune. Il reçut dans le bas-ventre, le long du trajet de l'artère épigastrique, un coup de fleuret très mince et nommé carlet. Le voyant blessé, les témoins arrêtèrent l'action

(1) Bonet, p. 406, vol. 3, obs. XXX.
(2) Bonet, p. 386, vol. 3.
(3) *Clinique*, t. 1, n. 80.
(4) Bonet, *Sepulchretum*, p. 375, vol. III.
(5) *Thèse Montpellier*, Daniel, n. 77, 1832.
(6) Ibid.
(7) Ce fait m'a été communiqué par le docteur Carron Du Villards.

qu'il voulait continuer. La paix fut faite, et on proposa de sceller, à la taverne, la réconciliation; il s'y rendit après plusieurs minutes de marche, se mit à table, but et mangea pendant une demi-heure environ, époque à laquelle il se trouva pris de frissons, syncopes, vomissemens, rapidement suivis de la mort.

A l'ouverture, on trouva l'abdomen entièrement rempli de caillots de sang, s'élevant à plusieurs livres, fournis par la déchirure de l'artère épigastrique, sans qu'une seule goutte eût transsudé au-dehors.

Obs. LXIX. — *Division de l'artère épigastrique gauche par un coup de couteau. — Suspension de l'hémorrhagie par la compression faite avec le doigt. — Epanchement mortel* (1). — Au mois de mai 1831, à six heures du soir, fut apporté à l'Hôtel-Dieu et couché dans la salle Sainte-Agnès, un jeune garçon boucher, robuste et de haute taille. A l'une des barrières de Paris, cet homme s'était pris de querelle avec sa maîtresse, et en reçut un coup de couteau dans la région iliaque gauche. Quelques minutes après cet accident, il éprouva des défaillances. Placé sur un brancard, il n'arriva à l'Hôtel-Dieu qu'environ deux heures après. Le pouls était encore précipité et assez fort; le doigt, introduit dans la plaie qui avait plus d'un pouce de largeur et dont la direction était transversale, put facilement sentir le battement de l'artère épigastrique à son bout inférieur; en la comprimant entre le pouce resté au dehors et l'indicateur placé sur le point correspondant de la paroi abdominale à sa face interne, on suspendait le battement et la sensation de l'écoulement du liquide. Aussitôt que l'on cessait cette compression, on sentait reparaître cet écoulement. Comme interne de garde, chargé de surveiller ce malade, je crus devoir me borner à cette compression permanente, en même temps que je faisais prévenir M. Breschet, qui arriva sur les dix heures du soir, s'assura par lui-même de l'exactitude de la compression, et vit qu'elle avait complètement suspendu l'hémorrhagie : on put donc la cesser. Des compresses réfrigérantes furent appliquées sur l'abdomen. Le pouls continuait de battre avec régularité, mais il était de beaucoup déprimé. Le lendemain se déclarèrent les accidens d'une péritonite aiguë, et le malade succomba le troisième jour. L'autopsie fit reconnaître un épanchement circonscrit dans le bassin inférieur, de la quantité d'une livre et demie, et limité par des adhérences d'inflammation péritonéale.

ARTICLE V.

Hémorrhagies du périnée.

La position du périnée ne permet guère l'accès des corps vulnérans et les hémorrhagies de cette région sont les plus souvent le résultat de la taille par-dessous les pubis ; on en a vu cependant être le résultat de violences extérieures. Lorsque la cause n'a pas déterminé de plaie aux tégumens, le sang s'épanche rapidement dans le tissu cellulaire très lâche qui remplit les espaces inter-ponévrotiques du périnée ; et si la peau et les aponévroses ont été déchirées, l'hémorrhagie peut être très abondante ; car les artères sont nombreuses, et un lacis considérable de veines assez volumineuses se trouve dans cette région.

Si le coup, en déchirant les tégumens, avait lacéré le tissu spongieux de l'urètre, une hémorrhagie pourrait avoir lieu, d'autant plus sérieuse que la ligature ne pourrait être faite, que la cautérisation serait une opération dangereuse à cause de la profondeur de la plaie et du voisinage de l'urètre, enfin qu'on n'aurait à lui opposer que le tamponnement et la compression. Mais le plus souvent, à la suite d'une contusion du périnée, la peau et les aponévroses restent intacts; l'urètre seul est ouvert, et l'hémorrhagie se fait par ce canal.

Quoi qu'il en soit, les hémorrhagies vraiment graves du périnée, celles qui méritent de fixer toute notre attention, sont celles qui sont le résultat de la taille sous pubienne.

Ce sont ces hémorrhagies qui ont surtout été la cause des prétentions de la lithotitie, et qui ont engagé si souvent les lithotomistes à abandonner telle ou telle méthode, et à en inventer de nouvelles.

Ces hémorrhagies sont, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut d'une manière générale, primitives et consécutives. Les unes proviennent des vaisseaux, les autres du tissu spongieux de l'urètre. La compression arrête assez facilement les premières; elle est moins efficace pour les secondes.

La ligature du vaisseau ouvert est le plus souvent impraticable, la cautérisation ne l'atteindrait pas plus sûrement, et aurait d'ailleurs des dangers : la ligature de la honteuse ne mettrait probablement pas d'une manière certaine à l'abri de l'hémorrhagie par le retour du sang dans le bout inférieur; la compression est donc le moyen qui offre le plus de chances de succès. Ce moyen toutefois n'est pas exempt de dangers et il ne réussit pas toujours à arrêter l'écoulement du sang.

Obs. LXX. — Dupuytren pratiqua, en 1832, l'opération de la taille chez un homme de 66 ans. Deux pierres, dont une énorme, furent retirées; le malade perdit peu de sang pendant l'opération, et quatre jours après la plaie était en bonne voie de cicatrisation. Le malade était bien sous tous les rapports, lorsque tout-à-coup sans cause connue, il fut pris d'un suintement sanguin assez abondant. On appliqua des ré-

(1) Communiquée par M. Caffe.

frigérans sur le périnée et sur le bas-ventre; le sixième jour après l'opération, le suintement continuait, on exerça le *tamponnement* à l'aide de la canule à chemise; l'hémorrhagie parut un instant arrêtée, mais neuf heures après elle reparut avec une nouvelle intensité. Le septième jour, on tamponne plus fortement encore avec de la charpie et des *styptiques;* mais ce fut en vain. Le huitième jour, on eut recours à la *cauterisation* avec le fer rouge; l'hémorrhagie s'arrêta pendant quelques instans et enleva le malade le neuvième jour.

Ainsi, chez ce malade, réfrigérans, tamponnement, styptiques, cautérisation, en un mot tous les moyens applicables dans ce cas furent employés inutilement.

ARTICLE VI.

HÉMORRHAGIES DU CANAL DE L'URÈTRE ET DU CORPS CAVERNEUX.

Les hémorrhagies du canal de l'urètre peuvent être le résultat, ainsi que nous l'avons dit plus haut, d'une violence extérieure qui a agi sur le périnée. Dans d'autres cas, elles sont le résultat d'une contusion de la verge : d'autre fois ces hémorrhagies reconnaissent pour causes les opérations qui se pratiquent sur le canal de l'urètre et sur la verge. Marc-Aurèle-Severin (*de Medicina efficaci,* p. 453) rapporte qu'un chirurgien ayant amputé un gland pour un chancre, une hémorrhagie tellement abondante eut lieu, durant qu'il faisait échauffer le cautère, que le malade ne put se rétablir et mourut d'épuisement quelques jours après.

Malgré la texture spongieuse et vasculaire du corps de la verge, les blessures de cette partie ne sont pas toujours suivies d'hémorrhagies rebelles. Quand le tissu des corps caverneux est entamé sans lésion des troncs artériels qui le parcourent, il suffit en général de soumettre la verge à des irrigations froides continues, pour suspendre l'écoulement du sang. Quand la verge est tronquée on peut facilement saisir, lier, tordre les artères qui s'y distribuent et mettre le malade à l'abri de l'hémorrhagie.

La cautérisation ne serait applicable qu'aux cas où le tissu spongieux du corps caverneux continuerait de verser par exhalation une grande quantité de sang.

Nous avons déjà vu que la contusion de l'urètre provoquait souvent des pissemens de sang. D'autres causes peuvent aussi produire des hémorrhagies urétrales; les principales sont: le cathétérisme forcé, l'incision des brides, la cautérisation des rétrécissemens, l'action de rompre la corde dans les blennorrhagies, ces causes produisent souvent des hémorrhagies rebelles et abondantes. Les réfrigérans sur les bourses et la compression du périnée, sur une sonde placée dans le canal, sont le moyen qu'on leur oppose.

Obs. LXXI. — Le 19 juin 1835, a été reçu à l'Hôtel-Dieu le nommé Marié, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution pléthorique, pour un rétrécissement organique de l'urètre produit par plusieurs écoulemens. A son entrée, le jet est filiforme; le malade est fréquemment pris de rétention d'urine au moindre excès, au plus petit changement de température. A l'aide d'une sonde exploratrice on constate un rétrécissement considérable à sept pouces du méat : la sensibilité du canal est extrême; le malade n'avais jamais éte sondé. Dix jours après son entrée, on fait une cauterisation avec le porte-caustique de Lallemand. Le jour de la cautérisation, une sérosité séro-sanguinolente s'écoula par l'urètre. Le 4 juillet, on prend une nouvelle empreinte qui constate que le canal est déjà plus libre, et trois jours après on fait une nouvelle cautérisation que le malade supporte aussi bien que la première fois. Le 10 juillet, la sonde exploratrice est introduite de nouveau; elle est retirée teinte de sang et suivie de l'écoulement de ce liquide. Cette hémorrhagie dura dix-huit heures, et affaiblit considérablement le malade; rien ne put l'arrêter, ni la position, ni les réfrigérans, tels que les injections à la glace, les lavemens d'eau froide, l'application de compresses froides sur le périnée. Le pouls du malade est petit et filiforme; on a recours à la compression sur le périnée.

Ce moyen arrêta sur-le-champ l'hémorrhagie, qui ne s'est pas renouvelée: le malade a été laissé tranquille jusqu'au 17. On a introduit alors des bougies de plus en plus volumineuses, et le malade est sorti guéri.

Il ne faut pas croire cependant que toutes les déchirures du canal de l'urètre peuvent avoir de graves résultats.

Obs. LXXII. — Mancelle, âgé de trente-trois ans, a eu plusieurs blennorrhagies; il en avait une encore lorsque, se livrant au coït, un écoulement de sang se fit en assez grande abondance. Il s'abstint peudant quelque temps de voir des femmes; croyant être guéri, il se livra de nouveau au coït; ne voyant pas sortir de sang, il s'y adonna sans réserve; mais bientôt après un coït laborieux, il fut pris d'un pissement de sang considérable. Il entra à l'Hôtel-Dieu; le sang était d'un rouge clair et vermeil, déterminait dans le canal une douleur brûlante, et ne se coagulait qu'après un certain temps. Dupuytren pensa que cette hemorrhagie était due à une rupture de l'urètre (saignée du bras, décoction de grande consoude); le lendemain, le malade était bien, et peu de jours après il est sorti guéri (1).

Une chose importante pour arrêter ces hémor-

(1) Recueillie par M. Mirault.

rhagies et empêcher qu'elles ne se reproduisent, c'est d'éloigner du malade tout ce qui peut provoquer des érections.

ARTICLE VII.

Hémorrhagies des organes génitaux.

A. *Prépuce.* — Les opérations que l'on fait sur le prépuce sont souvent la source d'hémorrhagies, et celles-ci ne sont pas toujours sans danger.

Il y a peu d'années, dit Spiritus (1, je fus appelé par un père de famile, dont le fils avait été circoncis dans la journée, et qui était sur le point de mourir d'hémorrhagie. J'arrivai, et je crus que mes soins seraient inutiles, l'enfant était presque mort; pâleur générale, coloration jaune-cire de la face, respiration à peine sensible, legères convulsions.

Ayant nettoyé la plaie, je reconnus que l'hémorrhagie provenait de plusieurs petits vaisseaux. J'enveloppai la verge d'une couche épaisse de colophane, l'hémorrhagie s'arrêta et l'enfant fut sauvé. Un quart d'heure plus tard il serait probablement mort.

Cet accident arrive certainement plus souvent qu'on ne le pense généralement, puisqu'il a excité l'attention du gouvernement prussien qui a ordonné par un arrêté royal que la circoncision ne serait désormais faite que par des rabbins qui auraient, devant un conseil de médecins, fait preuve des connaissances nécessaires pour parer aux accidens qui peuvent la compliquer.

Du reste, les réfrigérans et les styptiques suffisent ordinairement pour arrêter les écoulemens de sang, suites de cette opération. Si ces moyens n'avaient pas le résultat qu'on en attendait, il faudrait avoir recours à la cautérisation.

B. *Testicule, ses enveloppes et son cordon.* — Les differentes couches qui forment les bourses reçoivent des artères de la crurale (les génitales externes) et de l'artère superficielle du périnée (artère de la cloison). Les veines qui accompagnent ces artères sont très larges et très nombreuses. Les plaies contuses et même les piqûres du scrotum sont souvent accompagnées d'une énorme infiltration de sang. Cette infiltration qui est favorisée par la laxité du tissu cellulaire, constitue une des variétés de l'hématocèle. Des résolutifs et des réfrigérans suffisent pour arrêter l'épanchement et favoriser son absorption. Mais si le scrotum a été divisé par un instrument bien tranchant, l'hémorrhagie pourra être très abondante, ainsi que le prouve l'observation suivante.

Obs. LXXIII. — Un homme (2) d'une soixantaine d'années était depuis long-temps à l'hospice de Bicêtre, lorsque las de la vie et voulant, ainsi qu'il le disait, périr par où il avait péché, employa plusieurs heures pour repasser un mauvais couteau et la nuit venue, il se couche comme d'habitude à 6 heures du soir, c'était le 4 janvier 1835. A peine était-il couché que relevant ses testicules de la main gauche, il fit une incision sémi-elliptique qui, commençant au raphée venait se terminer près de l'anneau inguinal; puis changeant le couteau de main, il en fit autant du côté gauche. Le lendemain à 7 heures du matin je fus appelé pour voir ce malade que le garçon de salle me disait être mort. J'arrivai et trouvai cet homme couché dans une gouttière profonde formée par ses matelas affaissés et cette gouttière pleine d'un sang généralement noir, mais offrant çà et là des stries roses et entièrement coagulées; le scrotum était coupé, ainsi que je l'ai dit plus haut; entre la peau et les caillots suintait encore du sang en assez grande abondance; j'évaluai à 5 ou 6 livres le sang répandu, le malade était presque exsangue et sans aucun mouvement, j'enlevai ces caillots, lavai la plaie, fis un assez grand nombre de ligatures; l'artère du cordon spermatique n'avait pas été divisée; je rapprochai à l'aide de points de sutures, et le malade, placé dans le service de M. Murat, guérit parfaitement bien.

Quand on fait la ponction pour vider la tunique vaginale, il peut survenir une hémorrhagie dépendant ou de la blessure du testicule, ou de la lésion de l'un des vaisseaux des enveloppes ou du cordon.

Dans le cas suivant, bien que l'on n'ait pas découvert la somme de l'hémorrhagie, il est pourtant évident qu'elle provenait de la lésion de quelque vaisseau appartenant aux enveloppes.

Obs. LXXIV. — *Extravasation de sang à la suite de la ponction d'une hydrocèle.* — Une ponction ayant été pratiquée pour la quatrième fois, avec un petit bistouri à disséquer, deux ou trois minutes après l'écoulement de la sérosité, sortirent par l'ouverture environ deux onces de sang pur et liquide, coulant à plein canal et uniformément, comme s'il jaillissait d'une grosse veine et sans aucune douleur; cette hémorrhagie s'arrêta sous l'influence d'une saignée du bras et des applications astringentes et aromatiques qu'on faisait sur le scrotum à la suite des précédentes ponctions.

Le lendemain, le malade accuse une grande pesanteur et de la tension dans un testicule, et tout le long du trajet des vaisseaux spermatiques jusqu'à l'aîne, le scrotum était volumineux.

(1) Journal de Graefe et de Walther.

(2) Observation communiquée par M. Pigné, interne.

La tunique vaginale est mise à nu ; normale pour sa couleur et sa texture, elle est très distendue et donne issus par l'incision à beaucoup de sang coagulé ; les parties étant nettoyées avec de la charpie, on découvre *le testicule, ses vaisseaux et sa tunique propre, le tout à l'état naturel;* la plaie fut pansée, et le malade guérit sans autre accident.

Dans les tentatives de suicide les hémorrhagies de ces parties peuvent être mortelles, surtout si l'artère spermatique a été ouverte, parce que ceux qui s'en sont rendus victimes prennent leurs précautions pour ne pas s'exposer à recevoir des secours qu'ils rejettent.

Obs. LXXV. — Un jeune homme voulant s'ôter le pouvoir de violer la loi de continence que son état lui imposait, se fait une ouverture au scrotum, et arrache le testicule mis à nu; il en résulta une hémorrhagie qui eût été fatale si M. Sernin n'était venu à son secours. (*Journal de medecine.*)

Dans les opérations chirurgicales, les hémorrhagies de cette région sont assez fréquentes, mais rarement suivies de mort; la position des artères permet aisément d'apporter un remède sûr, la ligature; aussi c'est le moyen qu'il convient d'employer dans tous les cas de ce genre qui peuvent se présenter.

Si une hémorrhagie survenait quelque temps après l'opération, il faudrait examiner si c'est un vaisseau de la tunique vaginale ou du cordon spermatique, et tâcher de le lier, s'il était impossible de le lier, et que l'hémorrhagie provenant du cordon, fut assez abondante pour compromettre la vie du malade, on serait contraint, d'après Boyer, de lier le cordon en totalité. Nous ne parlons pas des cas où le cordon serait retiré dans le ventre ; car alors il n'y aurait rien à faire:

C. — *Utérus et vagin.* — Nous ne comprendrons pas dans cet article les hémorrhagies dues à une rupture de l'utérus dans l'état de gestation; car ces hémorrhagies sont au-dessus des ressources de l'art; et les exemples de guérison qui existent et qui ont été relatés par M. Pigné dans la *Gazette médicale,* prouvent seulement qu'on ne doit jamais désespérer des ressources de la nature.

Les hémorrhagies dont nous nous occuperons ici sont celles qui surviennent à la suite des opérations telles que l'extirpation ou l'excision de tumeurs fibreuses, l'amputation du col utérin, etc.

Si, dans ces circonstances, il survenait une hémorrhagie grave, il faudrait faire des injections froides astringentes et des applications froides sur les cuisses et le bas-ventre ; et si ces moyens ne suffisaient pas, le tamponnement devrait être mis en usage; ou s'il était trop douloureux pour être supporté, il faudrait alors avoir recours à la cautérisation.

ARTICLE VIII.

HÉMORRHAGIE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM.

Les plaies de la circonférence de l'anus sont rares, mais les opérations fréquentes que l'on pratique sur cet orifice et sur la partie inférieure du rectum, donnent souvent lieu à des hémorrhagies, qui deviendraient graves et même mortelles, si l'on ne se hâtait d'y remédier. Après l'excision des hémorhoïdes, si cet accident survient, il est d'autant plus à craindre que la contraction spasmodique du sphincter, empêche le sang de couler au-dehors, et le fait accumuler dans le rectum et le gros intestin. Après l'opération de la fissure et de la fistule, l'écoulement se fait en général à l'extérieur, lorsqu'il a lieu, mais il ne faut pourtant point se reposer sur ce qui se passe dans la majorité des cas. On doit surveiller attentivement et prévenir l'accumulation du sang dans le gros intestin. Il est toujours possible, dans ces cas, de dilater l'anus d'une manière suffisante pour voir la source de l'hémorrhagie, et y remédier par la ligature ou l'application du cautère actuel ou le tamponnement.

Lorsque après l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum, il survient une hémorrhagie, il faut, autant que possible, lier les vaisseaux qui fournissent du sang ; quand ils échappent aux pinces, appliquer le cautère actuel qui, dans ces cas, doit être manié avec beaucoup de ménagement. Si enfin le vaisseau échappait à l'œil, il faudrait, après avoir évacué les matières et le sang, à l'aide de lavemens simples, faire dans le rectum des injections froides et astringentes, et, dans quelques cas, employer le tamponnement.

Le devoir du chirurgien, dans toutes ces circonstances, est de prévenir et d'empêcher les hémorrhagies internes ; car elles ne s'annoncent que par des symptômes généraux, c'est-à-dire par les phénomènes qui les rendent redoutables. La cautérisation, le tamponnement et la ligature offrent des ressources précieuses pour oblitérer les vaisseaux qui fournissent du sang.

ARTICLE IX.

Membres supérieurs.

§ I. Hémorrhagies traumatiques des artères sous-clavière, axillaire et humérale.

Les artères sous-clavière, axillaire et humérale peuvent être lésées sur tous les points de leur longueur, et fournir des hémorrhagies d'autant plus graves, qu'elles-mêmes sont plus volumineuses et plus rapprochées du cœur.

La sous-clavière, par sa position, est moins exposée que l'axillaire et la brachiale. Proté-

gée par la clavicule, et placée en partie dans la poitrine, elle ne peut être atteinte que très difficilement par les instrumens vulnérans ; M. Larrey a cependant vu deux exemples de sa lésion qu'il a consignés dans sa clinique chirurgicale.

La blessure de cette artère est ordinairement si promptement mortelle, que jusqu'à présent il ne paraît pas qu'on ait pu la lier.

L'action des instrumens vulnérans ordinaires, l'ouverture des nombreux abcès qui se développent dans l'aisselle, les opérations nécessitées par les tumeurs de nature diverse qui se forment dans cette région, les tentatives de tractions forcées pour réduire les luxations de l'humérus, etc., sont autant de circonstances qui peuvent conduire à la lésion de l'artère axillaire ; et ces lésions peuvent encore dépendre d'une erreur de diagnostic.

Vesale parle d'un homme chez lequel il avait reconnu l'existence d'une tumeur anévrysmale ; un autre chirurgien consulté plus tard, la croyant d'une nature différente, l'ouvrit, et le malade mourut en peu d'instans.

Ruysch et Dehaen rapportent deux exemples à-peu-près semblables ; Palfin, Schlitting, Warner, ont été témoins de pareilles méprises. L'exemple de Ferrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui ouvrit un anévrysme de l'axillaire est assez connu (1).

Ce malheur est aussi arrivé à Dupuytren.

L'artère axillaire peut être intéressée, seule ou avec la veine. J'ai vu un cas remarquable de ce dernier accident sur un de mes anciens collègues dans la chirurgie militaire ; il reçut un coup de feu, dont la balle, pénétrant par la partie supérieure et un peu antérieure du moignon de l'épaule droite, vint sortir près de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Un flot de sang sortit à l'instant, par les deux plaies, et le blessé tomba en syncope. On tampona toute la région au-dessus et au-dessous de la clavicule : l'hémorrhagie fut arrêtée ; les escarres se détachèrent et cette plaie si grave guérit ; mais il resta au niveau de la partie moyenne de la clavicule un anévrysme variqueux des mieux caractérisés. Aujourd'hui, plus de vingt ans après cette blessure la tumeur, qui a le volume d'un gros œuf d'oie, reste aussi apparente qu'à son origine, mais elle n'a pas augmenté, et ce blessé qui est un homme robuste n'en n'est nullement incommodé, les mouvemens du bras droit étant aussi libres qu'ils l'ont jamais été.

Mais les lésions de l'artère axillaire sont loin d'être toujours aussi innocentes, ainsi que prouve l'observation suivante :

Obs. LXXVI. — Le 10 mars 1833, un homme de 23 ans, faible et délicat, reçut un coup d'épée à la partie antérieure de l'aisselle droite, précisément au-dessous du bord inférieur du tendon du grand pectoral. L'épée, large d'un pouce, avait suivi une ligne transversale, relativement à la direction de l'artère. L'hémorrhagie fut considérable et le malade éprouva une si grande syncope qu'on le crut mort. La respiration subsistant encore, on agrandit la plaie supérieurement et inférieurement, et l'on reconnut visiblement que l'artère axillaire était ouverte. On essaya d'en faire la ligature avec une aiguille courbe et un fil ciré. Cette opération n'ayant point réussi, on embrassa l'artère dans une ligature passée à travers la peau et une partie des muscles, tandis qu'on exerçait une forte compression au-dessus de la clavicule, afin de s'opposer à l'hémorrhagie. Elle fut arrêtée. Le malade revint peu-à-peu à lui-même, à l'aide de quelques cordiaux ; le bras resta froid, sans mouvement, sans pulsation artérielle au poignet. De nouvelles syncopes, des faiblesses d'estomac, des hoquets, des vomissemen survinrent pendant la nuit. Le lendemain, il y eut une nouvelle hémorrhagie qu'on arrêta en serrant les ligatures, et en faisant une compression au-dessus de la clavicule. Les faiblesses continuèrent, le bras devint froid, insensible, sans mouvement, sans pulsation au poignet, ce fut alors qu'on proposa de l'amputer dans son articulation ; mais l'excessive faiblesse du malade parut une contre-indication à cette opération ; les accidens augmentèrent et le malade mourut le quatrième jour après l'accident. A l'autopsie on trouva l'artère axillaire totalement divisée avec deux nerfs du plexus brachial. L'artère axillaire et trois nerfs du plexus avaient été embrassés dans la ligature, la veine axillaire avait été ouverte par l'épée. (*London. Medical Journ.*, *tome* IV, *pag.* 159.)

LXXVII. — M. Larrey rapporte l'observation d'un militaire qui reçut un coup de pointe de sabre dans l'aisselle ; il y eut une hémorrhagie très abondante, qui parut cesser quand on eut réuni la plaie. La blessure fut rapidement guérie ; mais le neuvième jour, il apparut dans l'aisselle une tumeur présentant des battemens isochrones à ceux du cœur. En deux jours elle avait acquis le volume des deux poings. M. Larrey pratiqua l'amputation dans l'article (2).

Dans des cas semblables, il est évident qu'il faudrait lier soit les deux bouts de l'artère, soit la sous-clavière, ainsi que le professeur Lallemand l'a fait récemment avec succès.

Les hémorrhagies résultant de la lésion des veines sous clavière ou axillaire peuvent être immédiatement mortelles ; j'en ai vu un exemple en juin sur un militaire, qui, ayant reçu une balle d'une fenêtre, eut la clavicule et la

(1) *Thèse*, n° 331, année 1834, Castelnau, p. 15.

(2) *Clinique chirurg.*, t. III, p. 132.

veine sous-clavière droite traversées, les parties molles extérieures largement ouvertes, perdit des flots de sang, et succomba quelques instans après son entrée à l'hôpital. Dans un cas semblable il faudrait, suivant l'occurrence, ou essayer la compression, ou froncer les bords de la division, si celle-ci n'intéressait qu'une portion du calibre de la veine, ou enfin jeter une ligature sur les deux bouts du vaisseau. Or, cette opération entravant la circulation veineuse du membre pourrait entraîner la gangrène, et forcer le chirurgien à pratiquer l'amputation.

On rencontre fréquemment les lésions de *l'artère brachiale;* elles sont moins graves que celles de l'axillaire, en raison de son éloignement du cœur, et de l'application plus facile des moyens hémostatiques. Cependant, les anomalies fréquentes qu'elle présente ont été quelquefois une source d'erreurs dangereuses dans le diagnostic de ces lésions et dans leur traitement.

Les lésions de l'artère brachiale ont quelquefois occasioné la mort, en présence même des secours de l'art.

Obs. LXXVIII. — *Blessure de l'artère brachiale* (1). — Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, reçut à la partie moyenne et supérieure du bras un coup de couteau, vers le bord externe du biceps; l'artère brachiale fut ouverte; des hémorrhagies considérables et qui reparurent à diverses reprises, l'excessive tuméfaction du membre avec ecchymose, ne laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie. Malgré l'étendue d'une incision faite sur le trajet de l'artère, depuis le tendon du muscle pectoral jusque vers le tiers inférieur du bras, et l'évacuation de tous les caillots de sang, on ne put reconnaître l'endroit précis où l'artère était ouverte. Le malade mourut de faiblesse le dixième jour de sa blessure. L'ouverture du cadavre fit voir que l'artère brachiale avait été ouverte à sa partie postérieure externe, dans une étendue de deux lignes suivant sa longueur, vis-à-vis le bord inférieur du tendon du grand pectoral, au-dessus de la naissance des artères profondes supérieures.

Harrisson rapporte un cas où, à la suite d'une fracture de l'humérus, à sa partie moyenne, l'artère nourricière de cet os fut lésée et donna lieu à une hémorrhagie abondante qui s'opposa à la formation du cal.

Obs. LXXIX. — La nommée M... étant tombée à la renverse sur une faux, s'ouvrit l'artère brachiale gauche; une très forte hémorrhagie survint, mais elle fut arrêtée par un voisin qui eut le bon esprit de serrer avec une corde le bras au-dessus de la plaie. Le chirurgien du village mit un tampon, ce qui arrêta parfaitement bien l'hémorrhagie, qui ne se reproduisit pas lors même que le tampon fut enlevé, trente-six heures après l'accident. L'hémorrhagie ne reparaissant pas, on couvrit la plaie d'un plumasseau enduit de cérat, après avoir préalablement rapproché ses lèvres au moyen de bandelettes agglutinatives. On appliqua ensuite des compresses graduées sur l'emplâtre, et l'on serra de manière à comprimer légèrement la partie lésée. La malade guérit fort bien. L'absence de pulsations aux artères radiale et cubitale fait présumer qu'il y eut soit oblitération du vaisseau par l'adhérence de ses parois, soit obstruction par un caillot organisé (2).

Obs. LXXX. — Dans le journal général, 1806, t. 25, p. 26, on trouve une observation de blessure de la brachiale guérie par le même moyen; l'artère avait été blessée à quatre travers de doigt de l'aisselle par un coup de sabre porté de bas en haut, de dedans en dehors. On réchauffa, avec des sachets de cendre chaude, l'avant-bras qui était extrêmement froid. Le tourniquet de Jean-Louis Petit, étant supporté difficilement par le malade, fut remplacé, pendant un certain temps, par les mains des aides, après quoi on réappliqua l'instrument.

Le 5e jour, l'engorgement avait beaucoup diminué sous l'influence des résolutifs, un léger mouvement vermiculaire était sensible à la radiale.

Le 7e, les battemens de la radiale étaient plus prononcés, le tourniquet fut relâché;

Le 12e, le pouls est parfaitement semblable à celui du côté opposé;

Le 18e, le tourniquet est entièrement enlevé;

Guérison parfaite le 36e, il ne reste qu'un peu de faiblesse musculaire et une diminution remarquable de la sensibilité, surtout à la partie interne de la main.

Malgré ces exemples de succès, la ligature est toujours plus simple, et par conséquent préférable.

Ici la facilité de communication anastomotique, et la fréquence des anomalies, font une double loi de découvrir le point blessé, et de faire deux ligatures.

§ II. Hémorrhagie du pli du bras.

Le pli du bras est souvent le siége d'hémorrhagies traumatiques; le grand nombre des branches vasculaires considérables qui occupent cette région, la position superficielle de ses artères, les cas d'anomalie où ces artères se rapprochent encore plus des tégumens; enfin,

(1) Deschamps, obs. des Lig. des artères.

(2) *Revue Médicale*, février, année 1835, p. 231, par M. Uitterhoeven, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

leurs connexions intimes avec les troncs veineux, sur lesquels on pratique l'opération de la saignée, les exposent à de fréquentes lésions.

A. *Hémorrhagies veineuses.* — Cinq troncs veineux principaux peuvent être blessés au pli du bras : ce sont les veines céphalique, basilique, médiane céphalique, médiane basilique, et médiane commune. Ordinairement l'hémorrhagie veineuse s'arrête spontanément, à moins qu'une constriction, exercée entre la veine et le cœur, ne s'oppose au libre cours du sang; dans ce cas, on l'a vue déterminer la mort.

La direction de la plaie faite à la veine, son étendue, sa profondeur, exercent une grande influence sur l'abondance de ces hémorrhagies; quelquefois le jet du sang a été assez considérable pour qu'on ait pu croire à une lésion artérielle.

Il est, en général, facile d'arrêter une hémorrhagie veineuse à l'aide d'une compression même médiocre; on peut rendre ce moyen plus efficace, en fléchissant l'avant-bras sur le bras, et assujétissant le membre dans cette situation.

Le tissu cellulaire sous-cutané de cette région, au milieu duquel rampent les troncs veineux, très lâche chez les sujets maigres, se prête facilement aux infiltrations sanguines diffuses, situées entre l'aponévrose et la peau; ces infiltrations se forment surtout, lorsque l'ouverture de celle-ci n'est pas assez large pour donner au sang une libre issue, et elles constituent des tumeurs connues sous le nom de trombus.

B. *Hémorrhagies artérielles.* — Un grand nombre d'artères peuvent être lésées dans cette région; une multitude d'anastomoses tendent à ramener le sang par le bout inférieur du vaisseau divisé; l'artère humérale, les deux branches de sa division, les quatre recurrentes antérieures et postérieures, leurs communications avec les artères collatérales, externe et interne, entourent l'articulation comme d'un réseau artériel; de là, le précepte, dans les solutions de continuité des artères de cette région, d'en lier toujours les deux bouts. A la partie supérieure, l'artère se trouve protégée dar la saillie du biceps; plus bas elle s'enfonce entre les deux saillies musculaires de l'avant-bras, renfermée dans un espace triangulaire, limitée en avant par l'expansion aponévrotique du biceps, en dehors par le tendon de ce muscle, et en dedans, par le bord externe du rond pronateur. Dans ce lieu, le nerf médian est au côté interne de l'artère; c'est dans ce point encore, qu'elle n'est séparée, de la médiane basilique que par l'expansion bicipitale; les rapports de ces deux vaisseaux varient suivant l'obliquité de la veine, et c'est là que ce vaisseau a été si souvent intéressé dans l'opération de la saignée, accident dont nous nous occuperons bientôt. L'artère humérale est bien plus exposée encore à être blessée, lorsque par une de ces anomalies qui ne sont rien moins que rares, elle se divise au dessus du pli du coude, au bras ou même dans l'aisselle, et que l'une des branches de la division vient superficiellement dans la région qui nous occupe; tellement, qu'elle a éte prise pour une veine, et incisée par des chirurgiens inattentifs (on a observé unexemple à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1830, sur un blessé qui avait été saigné en ville); ou lorsqu'une de ces divisions accompagne des veines qui, ordinairement éloignées de toute artère, n'inspirent au chirurgien aucune méfiance.

Obs. LXXXI.—*Ligature des deux artères brachiales pour plaies* (1).— Un homme se fit une profonde incision au pli de chacun des bras; il perdit *sept à huit pintes de sang* par l'ouverture pratiquée aux deux artères. M. Barras fit la ligature de chaque tronc artériel au moyen d'une aiguille courbe.

L'avant-bras droit resta froid, engourdi; le malade ressentit des fourmillemens incommodes dans les doigts indicateur, medius, annulaire, pendant plusieurs jours. Trente-six heures après l'opération, le pouls radial devint sensible : peu-à-peu la circulation se rétablit. La ligature gauche tomba le dix-neuvième jour; la droite seulement le soixante-dix-neuvième; et de ce même côté la plaie resta fistuleuse trois mois; l'avant-bras ne pouvait exécuter que de faibles mouvemens : les premiers doigts, et surtout le medius et l'indicateur, sont restés engourdis et presque entièrement paralysés, ce que M. Barras attribue à ce qu'il aura compris le nerf médian dans la ligature. (Le blessé avait manifesté une vive douleur au moment de l'application de la ligature droite.)

Obs. LXXXII. — *Blessure de l'artère brachiale : hémorrhagie secondaire* (2). — Un homme se blessa au pli du bras avec un rasoir : une hémorrhagie presque mortelle s'ensuivit; mais la compression parvint à l'arrêter. Le huitième jour, une escarre se détacha de la plaie, et l'écoulement de sang reparut. On lia l'artère brachiale au niveau de la plaie; les deux bouts furent liés; et quoique le bras et l'avant-bras fussent infiltrés de sang, froids et livides, et que même des phlyctènes se fussent formées aux environs de la plaie, le malade fut guéri au bout de deux mois.

C. *Lésion simultanée de l'artère et des veines.* — Lorsque dans une plaie de cette région, qu'elle soit ou non le résultat d'une saignée, une artère et une veine voisines se trouvent intéressées; aux signes des hémorrhagies veineuses

(1) *Journal général*, 1825, t. 82, p. 278.

(2) *Lond. med. et phys., Journ.*, v. XII, p. 339.

viennent se joindre ceux des hémorrhagies artérielles, et là cette lésion peut être accompagnée d'une hémorrhagie primitive grave ou de la formation d'un anévrysme faux primitif, et donner lieu consécutivement au développement d'un anévrysme faux consécutif, d'un anévrysme variqueux ou d'une varice anévrysmale. Cependant ce résultat n'est pas nécessaire, et on verra plus bas des observations dans lesquelles une compression méthodique suffit également pour arrêter l'hémorrhagie et prévenir les accidens consécutifs : mais le plus souvent il se forme soit un anévrysme faux consécutif, soit un anévrysme variqueux.

Pour exercer cette compression : on appliquera de petites compresses graduées sur le lieu de la blessure, fortement assujéties par des tours de bande en huit de chiffres ; en même temps une compresse graduée sera placée sur le trajet de l'artère humérale ; et on entourera d'un bandage la partie inférieure du membre, pour en prévenir le gonflement.

Si ce moyen était impuissant, il faudrait se résoudre à faire la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie.

Obs. LXXXIII. — *Lésion de la veine basilique et de l'artère qui est au-dessous* (1). — Un sergent reçut un coup d'épée dans le pli du bras, qui lui ouvrit la basilique et l'artère qui donnaient du sang avec une telle impétuosité, qu'un mouchoir qu'on avait mis en plusieurs doubles sur la plaie, et serré autant que possible entre les deux mains, ne pouvait l'arrêter. Je découvris la plaie, dit Lamotte, et la sortie et la couleur du sang me persuadèrent également, ce que je ne faisais que conjecturer ; je fis embrasser le haut du bras par un aide, dont les quatre doigts se rencontrant sous l'aisselle, serraient ces vaisseaux si exactement qu'il n'en sortait pas une goutte de sang; ce que je fis continuer jusqu'à ce que j'eusse préparé mon appareil, qui consistait en un petit bouton de vitriol, de petites compresses graduées, quelques bourdonnets et plumasseaux de charpie sèche, un astringent. Après cela, je découvris l'artère. Je fis ensuite une incision aux tégumens et j'appliquai l'appareil. Le malade guérit en cinq semaines.

Obs. LXXXIV. — *Saignée. — Anévrysme faux primitif de l'artère brachiale. — Ligature* (2). — A la suite d'une saignée, le sang jaillit avec une force extrême et l'hémorrhagie se renouvela plusieurs fois; puis, il se développa au pli du bras, une tumeur du volume d'une petite noix; le bras était largement ecchymosé, la veine cicatrisée, et rien n'indiquait que le sang y passât. Le malade était un homme âgé de vingt-deux ans. M. Dupuytren fit la ligature de l'artère brachiale, suivant la méthode de Hunter et la guérison arriva sans accidens.

Obs. LXXXV. — *Saignée du bras. — Anévrysme faux primitif. — Compression. — Guérison.* — Le nommé Pétrèle, âgé de 40 ans, imprimeur, avait reçu une violente contusion pour laquelle on pratiqua une saignée. L'artère brachiale fut ouverte, et tous les signes de l'hémorrhagie artérielle furent évidens. On appliqua un tampon sur la piqûre; une compression fut établie, assez forte pour que les battemens de l'artère radiale fussent à peine sensibles. Une compresse pliée en plusieurs doubles fut placée sur le trajet de l'artère brachiale, et un bandage roulé couvrit tout le membre qu'on arrosa continuellement d'eau froide. La guérison était complète le huitième jour, et par la suite il n'est pas survenu d'accidens. (*Publié par le docteur Caffe, Gazette des Hôpitaux*, 1835, n°. 103.)

Obs. LXXXVI. — *Saignée. — Blessure de l'artère. — Compression. — Guérison.* — Catherine, blanchisseuse, fut saignée le 26 avril 1825. L'artère fut blessée, le chirurgien exerça de suite une compression circulaire à la partie supérieure du bras, et il parvint à arrêter l'hémorrhagie. M. Ducros appelé quelques heures après trouva les doigts dans un commencement d'état phlycténoïde par l'effet de la compression circulaire exercée en un seul point; il se décida à adopter l'application de l'appareil Ghenga. Il appliqua sur le trajet de l'artère brachiale, depuis le creux de l'aisselle jusqu'au pli du bras, une atelle cylindrique maintenue par des tours de bande fortement serrés... L'appareil resta seize jours sans être renouvelé; à cette époque, l'artère était entièrement oblitérée et la guérison était parfaite (3).

Obs. LXXXVII. — *Saignée, hémorrhagie, anévrysme faux consécutif. — Ligature.* — Une malade fut saignée; l'écoulement du sang, d'après ce qu'elle rapporte, fut très abondant et difficile à réprimer; elle eut plusieurs syncopes pendant l'opération, et l'on ne parvint à fermer la saignée qu'en exerçant une compression très forte autour du coude ; l'hémorrhagie se renouvela dans la nuit; au dixième jour, il parut une tumeur grosse comme une noisette dans l'endroit de la saignée, elle fit beaucoup de progrès en cinq ou six jours. La malade entra à l'hôpital dans le service de MM. Roux et Boyer. Aux signes de l'anévrysme faux consécutif, se joignirent ceux de la varice anévrysmale, un bruissement obscur quand le membre était dans l'extension, devenait très sensible au toucher et surtout à l'auscultation quand l'avant-bras était légèrement fléchi. On

(1) *Lamotte*, t. 2, p. 18, observ. 270.
(2) *Clinique*, t. 4, n. 30.
(3) Thèse, Montpellier. Daniel déjà cité.

pratiqua la ligature au-dessus de la tumeur.

Obs. LXXXVIII. — *Saignée. Anévrysme faux consécutif. — Ligature. Hémorrhagie consécutive.* — Il y a quelques années, un malade entra à la Charité, pour être traité d'un anévrysme du cœur. Après une saignée malheureuse, il éprouva tous les symptômes d'un anévrysme faux consécutif. On aurait voulu ne pas lier l'artère, et dans cette intention, on appliqua une compression modérée, qui fut laissée plusieurs jours sans qu'on enlevât l'appareil; il s'était formé une escarre et a sa chute, il survint une hémorrhagie abondante; il fallut en venir à l'opération, on lia l'artère à la partie interne du biceps, selon la méthode de Hunter. Le cours du sang fut intercepté, mais le pansement était à peine terminé, que l'hémorrhagie reparut par les blessures du pli du bras. Les collatérales avaient déjà été dilatées par la compression; on prit soudain un autre parti, on ouvrit la tumeur et on fit deux ligatures aux deux bouts de l'artère lésée. Les ligatures placées plus haut devenues inutiles furent coupées, et la plaie guérit. La circulation resta momentanément libre, là où la ligature avait été primitivement appliquée. Quelques mois après, les signes de l'hypertrophie du cœur devinrent plus intenses, et le malade succomba. A l'autopsie, l'artère fut trouvée oblitérée au pli du bras, dans le lieu où on avait lié les deux bouts. Elle était aussi oblitérée dans le point où la ligature n'avait été laissée que peu d'instans. L'artère du bras laissait ainsi une espèce d'île. Dans ce cas, quelques minutes ont suffi pour amener un travail inflammatoire, travail d'oblitération favorisé parce que le sang était complètement intercepté un peu plus bas (1).

§ III. Hémorrhagie de l'avant-bras.

Lorsqu'une hémorrhagie artérielle a lieu à la partie supérieure de l'avant-bras il est presque impossible, à moins d'une plaie très large, d'en déterminer la source; là, en effet, on rencontre la fin de l'artère humérale qui se prolonge plus ou moins bas suivant les sujets, avant sa division en radiale et cubitale. Là, est le commencement de ces deux branches de la bifurcation, dont la cubitale est la plus profonde et par conséquent la moins exposée aux lésions extérieures. On y trouve aussi tout près de la cubitale, l'artère inter-osseuse commune, qui en émane; aussi à moins qu'on ne puisse saisir les deux bouts de l'artère divisée ou préciser le lieu qu'elle occupe, tous les auteurs conseillent dans le cas d'hémorrhagie de cette région, de préférer la ligature de l'humérale immédiatement au-dessus du pli du bras; dans le reste de l'étendue de l'avant-bras il est en général facile d'assigner à l'hémorrhagie sa véritable source, et dans ce cas on peut facilement lier l'artère divisée au-dessus et au-dessous de la solution de continuité. Les plaies de l'artère cubitale surviennent souvent chez des individus qui passent l'avant-bras dans un carreau; dans ce cas, la lésion de l'artère est souvent accompagnée de celle du nerf cubital, d'où paralysie de la sensibilité du petit doigt et du côté interne de l'annulaire.

On conçoit que l'artère inter-osseuse peut être blessée par une balle qui traverse l'espace inter-osseux, ou par un instrument tranchant; il serait difficile d'aller au milieu des parties molles et des nerfs de cette région chercher le vaisseau lésé pour en faire la ligature; il faudrait essayer une compression locale et l'aider d'une compression exercée sur l'artère humérale.

Obs. LXXXIX. — *Blessure de la radiale.* — A. — *Radiale.* — Un homme reçoit un coup de serpe sur le poignet gauche, une hémorrhagie se manifeste; le chirurgien appelé auprès du blessé crut ne pouvoir mieux faire que de serrer le bras par une ligature fortement serrée. Comme la gangrène menaçait à chaque instant de s'emparer des parties situées au-dessous de la constriction, il relâchait de temps en temps la ligature; à chaque fois il survenait une nouvelle hémorrhagie; ces écoulemens répétés épuisèrent le malade; il appela un autre chirurgien qui pratiqua avec succès la ligature. (Latour, *Hist. des hém.*, t. 1, page 31.)

Obs. XC. — *Blessure de la radiale.* — Un homme se fait une plaie au poignet avec un fragment de verre. L'artère radiale est divisée, il vient à l'Hôtel-Dieu. M. Breschet pratique immédiatement la ligature du bout supérieur; après avoir agrandi la plaie, le sang sortait en nappe par la partie inférieure de la plaie; mais il fut impossible de trouver le bout inférieur qui fournissait l'hémorrhagie. On acheva le pansement. Il survint une inflammation phlegmoneuse qui fut combattue par un traitement antiphlogistique énergique. Neuf jours après l'opération, il s'écoule un peu de sang par la partie inférieure de la plaie; depuis ce temps l'état du malade n'a cessé de s'améliorer; il a guéri sans autre accident.

Obs. XCI. — *Plaie au poignet. — Lésion d'une branche de l'artère cubitale. — Compression. — Guérison.* — Le nommé X., couché au n° 40 de la salle Sainte-Jeanne, âgé de 23 ans, en enfonçant une fenêtre d'un coup de poing, se fit une plaie au poignet qui intéressa la peau, les muscles superficiels et l'une des branches de l'artère cubitale, un peu au-dessous du ligament annulaire et en dedans. Hémorrhagie, jet saccadé d'un sang rouge, vermeil, perte de huit à dix palettes de sang. Compression des deux bouts de l'artère avec de l'amadou et un bandage roulé. Point d'hémorrhagies consécutives,

(1) *Thèses de Paris*, 1834, n. 219.

point d'accidens inflammatoires; sortie du malade dans un état satisfaisant, un mois après. Il était parfaitement guéri.

Obs. XCII. — *Hémorrhagie causée par une plaie de la partie supérieure de l'avant-bras.* — Jacques Schroïder, cordonnier, âgé de 39 ans, en coupant une semelle, fit un faux mouvement et se plongea son tranchet dans la partie interne et supérieure de l'avant-bras droit. Sur-le-champ il fut inondé de sang qui sortit avec impétuosité et par bonds. Un chirurgien appliqua un tourniquet. Il fallut plusieurs fois relâcher la compression à cause de la douleur et du gonflement. On tamponna la plaie; il survint plusieurs hémorrhagies.

Le onzième jour, on tenta inutilement de faire la ligature des deux bouts de l'artère divisée.

M. Maunoir mit la brachiale à découvert au-dessus du pli du bras, fit deux ligatures et coupa l'artère entre les ligatures. Le malade arriva à la guérison sans accidens (1).

Obs. XCIII. — *Plaie et ligature de la cubitale* (2). — B. *Cubitale.* — Un homme, en se disputant, donna un coup de poing dans un carreau; toutes les parties molles de la face palmaire du poignet furent transversalement et profondément divisées, aucun écoulement un peu considérable de sang n'avait d'abord paru, mais dans la nuit arriva une hémorrhagie assez abondante, paraissant venir de la cubitale; l'interne tenta inutilement la ligature, il ne put découvrir l'artère, et appliqua le compresseur de Dupuytren; le lendemain, Dupuytren fit la ligature des deux bouts du vaisseau; l'hémorrhagie ne reparut plus et le malade guérit complètement.

§ IV. Hémorrhagies de la main.

A. *Paume.*—Les plaies *de la paume de la main* donnent lieu à d'abondantes hémorrhagies primitives, et sont particulièrement disposées aux hémorrhagies consécutives, ce qui s'explique facilement par la multitude et le volume des communications anastomotiques entre les artères de cette région. La tensité du tissu cellulaire, les rameaux nombreux qui naissent des branches principales, les assujétissent dans le lieu qu'elles occupent, de telle sorte que lorsque ces artères sont divisées, les bouts du vaisseau ne peuvent se rétracter.

Il résulte encore de la densité du tissu cellulaire sous-cutané que les ecchymoses ne peuvent se former autour des bords de la solution de continuité même, lorsque c'est l'arcade palmaire superficielle qui est intéressée; dans les plaies de l'arcade palmaire profonde, le sang peut s'infiltrer au loin à cause de la laxité du tissu cellulaire qui entoure le vaisseau.

Ces hémorrhagies sont quelquefois assez abondantes pour compromettre l'existence du blessé, et des anastomoses nombreuses ramenant sans cesse le sang par le bout inférieur, il en résulte qu'on a souvent de la peine à s'en rendre maître, et d'ailleurs, les incisions nécessaires pour pratiquer la ligature ne sont pas sans inconvénient, ni sans dangers.

La compression est le premier des moyens auquel on doit avoir recours pour s'opposer à l'écoulement du sang; quelquefois il suffit du simple rapprochement des lèvres de la plaie, aidé d'un bandage compressif. On peut encore fléchir fortement les doigts sur la paume de la main, dans laquelle on a préalablement placé quelques boulettes de charpie, et les maintenir dans cette situation à l'aide d'un bandage, ou, comme le conseille Harrisson, placer un petit morceau d'éponge dans le fond de la plaie et appliquer par dessus des compresses graduées, pendant qu'une aide comprime les deux artères de l'avant-bras.

Enfin dans les cas où tous ces moyens échoueraient, on en viendrait à la ligature de la radiale et de la cubitale; rarement il suffit de lier une seule de ces artères, le sang est presque immédiatement ramené par les anastomoses au-dessus et au-dessous de la plaie.

Obs. XCIV. — Charles Bell, dans le deuxième volume de sa Médecine opératoire, rapporte l'observation d'un homme qui, par suite d'une blessure profonde entre le pouce et l'indicateur, eut une hémorrhagie considérable, l'artère ayant été liée près des extenseurs du pouce, l'écoulement de sang s'arrêta, mais reparut; on établit une compression; le malade guérit.

Obs. XCV. — *Hémorrhagie où la compression fut tentée inutilement.* — M. Grenn, rapporte que dans une blessure du pouce où la compression était sans succès, la main et le bras furent placés sur un plan incliné et arrosés avec un liquide froid, la plaie étant pansée simplement; par ce moyen l'hémorrhagie fut arrêtée. (*Lancette anglaise,* vol. 13, p. 365.)

Obs. XCVI. — *Lésion de la radiale liée sans succès, incision de l'artère, suppression de l'hémorrhagie.* — M. Calaway a vu un cas où à la suite d'une blessure profonde de la paume de la main, la ligature de la radiale et de la cubitale fut sans succès contre l'hémorrhagie; enfin une incision pratiquée sur le lieu même de la blessure, arrêta l'écoulement sanguin, probablement en permettant la rétraction des deux bouts du vaisseau blessé. (*Lancette anglaise*, v. 13, p. 3653.)

On voit même quelquefois, au moyen des communications que les inter-osseuses établissent entre les artères de la main et celles de l'avant-bras, l'hémorrhagie récidiver après

(1) Maunoir, *Mémoire sur l'anévrysme et la ligature des artères,* Genève, an x.

(2) *Clinique*, t. 2, n. 12.

cette double ligature; mais alors en général, on s'en rend assez facilement maître, à l'aide d'une compression locale, nous citerons plus bas une observation à l'appui de cette assertion.—Graefe dit cependant avoir observé plus souvent ces hémorrhagies secondaires, à la suite de la ligature des deux artères qu'à la suite de la ligature d'une seule. Quand, malgré l'emploi de la ligature sur les artères radiale et cubitale, l'hémorrhagie continue, il faut essayer de l'arrêter en établissant une compression sur les deux faces de l'avant-bras au moyen d'un appareil à fracture de cette partie, et si l'on ne réussit pas, lier l'arcade palmaire. Mais il faut pour prendre ce dernier parti que la plaie soit récente; car dans le cas contraire, il vaudrait mieux lier l'artère brachiale que de porter des ligatures sur deux bouts d'une artère enflammée, sans compter les dangers de produire une grande irritation dans une partie où elles sont aussi dangereuses que dans la paume de la main.

Obs. XCVII. — *Observation d'hémorrhagie consécutive après l'ablation d'une tumeur érectile située au côté interne de la main, qui récidiva après la cautérisation, et la ligature fut arrêtée ensuite par la compression* (1).—Un jeune homme entre, en 1832, dans le service de M. Roux, réclamant l'ablation d'une tumeur qui occupait le côté cubital de la main; cette tumeur paraissait adhérente au bord interne de 5e métacarpien. Sa consistance était élastique, la peau, qui la recouvrait n'était pas altérée; le jeune homme affirmait l'avoir apportée en naissant; mais depuis quelque temps, elle avait pris un développement considérable; elle était le sujet de douleurs lancinantes assez vives; on en pratiqua l'ablation, une portion des tégumens qui recouvrait cette tumeur, une partie des muscles de l'éminence hypothénar, furent comprises entre les deux incisions semi-elliptiques; on put alors constater la nature de cette production morbide qui était constituée par un tissu érectile; une assez grande quantité de sang s'écoula après son enlèvement; on fit quelques ligatures, puis on pansa en rapprochant les lèvres de la solution de continuité.

Pendant les premiers jours, il ne se passa rien de remarquable; au bout de six à sept jours, quelques écoulemens de sang eurent lieu par la plaie, mais ils furent arrêtés par la compression du bandage.

Enfin, le 12e jour, le matin en pansant le malade, hémorrhagie abondante; on fait immédiatement chauffer un cautère, une première application du fer rouge sembla l'arrêter, mais elle reparut après une seconde. M. Roux se décida à employer des moyens plus efficaces. Déjà il avait cherché au fond de la plaie l'orifice des vaisseaux qui fournissaient l'hémorrhagie. Mais d'une part, il était très difficile d'en déterminer la source, d'une autre part, leur tissu altéré et friable ne se serait pas prêté à l'application d'une ligature.

M. Roux pratiqua la ligature de la cubitale; puis voyant que, nonobstant cette ligature, l'écoulement du sang continuait, il pratiqua immédiatement celle de la radiale; ces deux ligatures furent nouées sur des petits cylindres de diachylon, et l'hémorrhagie parut s'arrêter définitivement. Les fils furent retirés 3 ou 4 jours après leur application, pour l'artère radiale, 5 ou 6 jours, pour la cubitale; mais alors survint une hémorrhagie très abondante qui fit perdre au malade une livre et demie de sang environ; on se contenta d'appliquer sur la plaie une forte compression, et l'écoulement de sang s'arrêta pour ne plus reparaître; le malade sortit parfaitement guéri.

Obs. XCVIII. — *Blessure de la paume de la main. Anévrysme faux consécutif guéri par la cautérisation.* — Un enfant de quatre ans, tombe en jouant, et sa main rencontre un fragment de faïence qui fait une plaie à la paume de la main droite; il paraît que l'arcade palmaire profonde, fut intéressée; hémorrhagie abondante. Un chirurgien appelé auprès de l'enfant, suspendit l'écoulement du sang à l'aide de quelques immersions dans l'eau froide, et réunit par première intention. L'enfant alla bien pendant 12 jours, la blessure se cicatrisa; l'enfant fut représenté une deuxième fois au chirurgien, ayant au milieu de la main un anévrysme faux consécutif, gros comme une cerise. Par suite des efforts auxquels s'était livré le malade; elle s'était ouverte, et avait donné issue à une quantité de sang considérable; elle était molle, fongueuse, présentait des battemens; l'hémorrhagie s'étant renouvelée, on essaya la compression, mais inutilement; l'hémorrhagie se renouvela; on apporta alors, à Dupuytren, cet enfant affaibli par la quantité de sang qu'il avait perdue; ce chirurgien appliqua promptement, sur la tumeur, un fer rougi à blanc: 12 jours après, le mal ne s'est pas reproduit; on n'a pas eu de renseignemens ultérieurs. (Thèse, n. 278, 1834.)

B. *Dos de la main.* — Quoique les artères dorsales de la main soient en général d'un petit volume, on a vu dans quelques cas leur lésion être suivie d'hémorrhagie abondante, ce qui s'explique par leurs anastomoses, avec les artères inter-osseuses et palmaires; l'artère radiale peut être blessée à son passage entre les tendons extenseurs du pouce ou dans l'intervalle des deux premiers métacarpiens; sa situation superficielle dans ce point l'expose à l'action des agens vulnérans, et son volume, ses communications avec les artères palmaires rendent cette blessure fort grave, si la chirur-

(1) Thèse de Paris, 278, 1834.

gie ne vient au secours du malade; elle a été encore plusieurs fois lésée par des coups qui divisaient directement de bas en haut l'espace inter-osseux.

Dans le cas de blessure des artères dorsales, si la coaptation exacte des bords de la plaie, maintenue par des bandelettes agglutinatives, et un bandage compressif ne suffisait pas pour arrêter l'hémorrhagie, il faudrait chercher l'orifice du vaisseau divisé, le lier ou le cautériser à l'aide d'un stylet rougir.

Si l'artère radiale est divisée, on tâchera de lier les deux bouts du vaisseau; il est plus que probable que la ligature du bout supérieur serait insuffisante.

Dans le cas où l'hémorrhagie serait peu abondante, et l'artère blessée au niveau de son passage sur le dos du carpe, les os de cette région lui offrent un point d'appui solide sur lequel on pourrait la comprimer; si au contraire c'est au niveau du premier espace inter-osseux que le vaisseau ou une de ses branches est blessé, on pourra, dans quelques cas, obtenir la suspension de l'hémorrhagie, en appliquant fortement le premier métacarpien contre le second et le maintenant dans cette position à l'aide d'un bandage roulé.

Enfin si l'hémorrhagie continuait, il faudrait à tout prix lier les deux bouts de l'artère.

Obs. XCIX. — *Plaie du dos de la main, hémorrhagie* 12 *jours après l'accident, fournie par une artériole. — Cautérisation, guérison.* — Le nommé Surathan, Constant, âgé de 36 ans, étant occupé le 21 septembre 1821, à scier du cuivre, sa main fut prise entre le mandrin et la scie, d'où il résulta une plaie déchirée sur la face dorsale de la main gauche, occupant la partie moyenne des os métacarpiens; il s'écoula beaucoup de sang.

Le malade se contenta d'abord de couvrir la plaie de charpie et d'un cataplasme, ce qui n'empêcha pas la main de gonfler considérablement: il entra à l'Hôtel-Dieu sept jours après son accident.

La plaie était douloureuse, la main gonflée; Dupuytren ordonna un bain de bras. On pansa simplement.

Tout semblait au mieux, lorsque le 3 octobre, dix jours après l'accident, sans cause connue, il s'écoula un peu de sang. Le 6, pendant la nuit, il s'en écoula une plus grande quantité; le matin le liquide s'échappa avec plus de force que jamais; on leva l'appareil et on put alors reconnaître qu'il venait d'une artériole située entre la face dorsale des deuxième et troisième os métacarpiens. — Dupuytren cautérisa l'ouverture du vaisseau à l'aide d'un stylet rougi, et dès-lors tous les accidens cessèrent: le malade guérit.

Obs. C. — *Hémorrhagie à la suite d'une incision de l'espace inter-osseux.* — Un homme affecté d'inflammation phlegmoneuse de la main, plus intense au niveau du premier espace inter-osseux, va consulter Dupuytren, qui pratique une incision dans la partie la plus enflammée, au niveau de laquelle la peau présentait une dureté presque calleuse; soulagement immédiat; beaucoup de sang s'écoule par la plaie, un pansement simple suffit pour l'arrêter: le surlendemain de l'opération, le sang jaillit au moment du pansement, mais on l'arrête par l'immersion de la main dans l'eau froide; le quatrième jour, nouvelle hémorrhagie qui cède au même moyen. — Quatre jours après elle se reproduit encore à deux reprises différentes. On comprime directement sur le vaisseau ouvert, et en même temps on exerce une compression sur la radiale et la cubitale. Le surlendemain on renouvelle l'appareil, l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite, et le malade guérit parfaitement bien.

ARTICLE X.

Hémorrhagies traumatiques des membres inférieurs.

§ Ier. Hémorrhagie du bassin.

Les artères *iliaques primitives*, étendues de la bifurcation de l'aorte au niveau de la cinquième ou quatrième vertèbre lombaire jusque près des symphyses sacro-iliaques, sont par leur situation peu exposées aux blessures; mais à cause de leur volume, ces blessures doivent être le plus ordinairement mortelles. La médecine opératoire de M. Velpeau en contient deux exemples. L'un appartient à Bogros, qui fit l'ouverture d'un sujet qui avait succombé trente-six heures après avoir eu cette artère blessée par une balle de pistolet; l'autre fait, semblable au premier, est de M. Gibson de Baltimore. Ce chirurgien pratiqua inutilement la ligature de l'artère. On conçoit que, dans le plus grand nombre des cas, une mort prompte doit être la suite de ces blessures. Néanmoins si on avait le temps d'observer le blessé, la situation de la plaie, sa direction, la sortie du sang à l'extérieur, ou la tuméfaction qui résulterait de l'infiltration du sang, l'affaiblissement ou la disparition des pulsations dans l'artère crurale seraient les signes qui pourraient conduire au diagnostic. Il faudrait, si on était appelé à temps, faire à l'exemple de M. Mott la ligature du vaisseau par une incision étendue de l'anneau inguinal jusqu'au dessus de l'épine de l'os des îles et en décolant le péritoine avec les doigts.

Les blessures de l'*iliaque externe* sont promptement mortelles, à moins que la compression habilement pratiquée au bord interne du psoas ne donne le temps d'appliquer la ligature, ainsi que cela a été fait par le professeur Velpeau.

On comprend que les signes sont, à la position près de la blessure, les mêmes que ceux que j'ai indiqués pour l'artère iliaque primitive.

Quant à l'artère *iliaque interne*, sa brièveté, sa situation profonde, rendent rares ses blessures, et je ne sache pas que la science possède de faits de ce genre. Il n'en est pas de même des branches volumineuses qu'elle fournit, de l'ischiatique, de la fessière surtout, dont les blessures ont produit des hémorrhagies mortelles et quelques beaux cas de guérison. M. Velpeau (*médecine opératoire*), rapporte d'après Theden qu'un soldat qui, dans le débridement d'une plaie d'arme à feu, eut la fessière divisée, succomba; et que dans un autre cas, J. Bell pratiqua la ligature du vaisseau et guérit le malade. On trouve dans le journal *la Lancette* l'observation d'un jeune paysan qui ayant eu la fessière blessée par une faucille qui lui entra profondément dans la fesse droite, éprouva plusieurs hémorrhagies et guérit néanmoins après des ligatures faites aux deux bouts, en agrandissant la plaie (7 nov. 1835). La direction, la profondeur de la blessure, l'écoulement du sang ou son épanchement, sont les seuls signes qui puissent faire connaître la blessure de l'artère fessière ou de l'ischiatique. Si la plaie était large, le sujet maigre, on pourrait chercher à lier l'artère à l'endroit blessé; mais on pense généralement que dans le plus grand nombre des cas ce serait à la ligature de l'iliaque interne qu'il faudrait recourir, soit par le procédé de M. Stevens, soit en modifiant le procédé d'Abernethy pour la ligature de l'iliaque externe.

§ II. Hémorrhagies de la cuisse.

Nous avons peu de choses à dire en particulier sur les blessures des artères de la cuisse, car ce sont les hémorrhagies de ce membre qui ont en quelque sorte servi de type pour la description générale.

L'*artère fémorale* est exposée à beaucoup de lésions. Ses blessures, soit simples, soit compliquées de celles de la veine, ont été fréquemment observées. Plusieurs fois elle a été lésée par l'instrument des chirurgiens, pendant les opérations pratiquées pour l'ouverture d'abcès. Il n'est pas rare de voir les dépôts par congestion au pli de l'aine, la soulever et la contenir dans leur paroi antérieure; des abcès profonds, développés dans la longueur du membre, ont pu aussi, quoique plus rarement, la déplacer et la porter du côté des tégumens. On conçoit que, dans ces cas, des chirurgiens inattentifs pourront couper en cherchant à ouvrir une issue au pus. On dit même que cet accident est arrivé deux fois à un praticien célèbre, et que, chose très remarquable, les malades sont morts sous ses yeux.

Le diagnostic des blessures de la fémorale est en général facile, toutes les fois que l'instrument vulnérant a pénétré sur le trajet de l'artère à la partie antérieure et interne du membre. Dans ces cas, la direction de la plaie et la violence de l'effusion du sang ne peuvent guère laisser de doute. Au contraire, si la plaie se trouve à la partie supérieure du membre, si, siégeant à la partie interne, elle se porte en arrière, ou si elle se trouve à la partie externe et postérieure, il devient difficile de distinguer si le sang provient du tronc principal ou des branches de la musculaire profonde. Le traitement ne présente rien de particulier quant au procédé. En général, la ligature réussit assez bien toutes les fois qu'elle est faite au-dessous de l'origine de la *profonde*. Les chances du rétablissement de la circulation sont nécessairement beaucoup moins grandes, si l'on est forcé de pratiquer la ligature au-dessus de ce point.

Si cependant les circonstances qui accompagnent la blessure permettaient de juger que la *profonde* ou une de ses branches fût la source de l'hémorrhagie, il faudrait chercher à lier cette artère en respectant la crurale. C'est ainsi, dit-on, que M. Roux s'est borné, dans un cas, à lier la circonflexe interne. Une observation de Heister prouve qu'on peut guérir une hémorrhagie provenant d'une des branches de la fémorale par le tamponnement de la plaie.

Le volume de *la veine fémorale* rend nécessairement ces blessures dangereuses toutes les fois qu'elles sont dans des conditions telles, qu'elles fournissent une hémorrhagie, conditions que nous avons fait connaître.

Elles compliquent surtout d'une manière tellement grave les blessures de l'artère crurale que plusieurs praticiens distingués, Guthrie, entre autres, regardent la blessure simultanée de la veine et de l'artère comme un cas d'amputation. Mais c'est surtout à la partie supérieure de la cuisse et dans le pli de l'aine que ces lésions offrent un danger imminent. Là en effet si l'hémorrhagie ne peut être arrêtée que par des moyens qui doivent déterminer l'oblitération du vaisseau, le sang veineux n'a plus aucune voie pour retourner vers le centre de la circulation, et la perte du membre paraît inévitable; c'est surtout dans ces cas qu'il est important de bien se pénétrer des préceptes qui doivent diriger le traitement des hémorrhagies veineuses. Leur oubli a, dans quelques cas, occasioné la mort à la suite de blessures qui eussent pu guérir facilement si elles eussent été convenablement soignées.

Obs. CI. — Un enfant de 14 à 15 ans tomba en courant sur un poinçon qu'il tenait, et se fit à la partie supérieure de la cuisse, près de l'arcade crurale, une plaie par piqûre, qui fut immédiatement suivie d'hémorrhagie. Un chi-

rurgien appelé aussitôt essaya vainement d'arrêter l'écoulement du sang par le moyen de la compression. Cet écoulement devint tellement considérable qu'au bout de deux heures le malade entra à l'Hôtel-Dieu où il expira avant qu'on eût pu lui porter aucun secours. Dupuytren constata à l'ouverture du corps que la veine fémorale avait seule été lésée, et la compression exercée au-dessus de la plaie avait rendu mortelle cette piqûre qui aurait pu guérir si elle eût été exercée de matière à s'opposer seulement à la sortie du sang sans interrompre la circulation.

Obs. CII.—*Blessure de l'artère fémoro-iliaque sous le ligament de Fallope. —Ligature. Guérison.* —Un charpentier, travaillant à Champagnol, près d'Arbois, à restaurer un toit de chaume, se laissa glisser le long de l'édifice et vint s'accrocher à un énorme clou de liteau qui entra profondément dans la région inguinale, et la dilacéra largement. Dans cette chute l'artère fémoro-iliaque reçut une blessure assez grande, et le sang s'échappa avec violence. Le malade ne perdit point la tête; il appliqua le pouce de la main droite sur la plaie, et demanda du secours. Des voisins allèrent chez M. Barbaud, chirurgien du lieu, et ses frères, anciens militaires, exercèrent avec des linges imbibés d'eau froide, une compression assez forte et maintenue avec les doigts.

M. Barbaud arriva seulement deux heures après l'accident, et quoique entouré d'aides peu éclairés, il se disposa à pratiquer la ligature du vaisseau ouvert.

Après avoir fait excercer une compression convenable sur l'artère iliaque, il dilata largement la plaie dans la direction de l'artère qu'il ne tarda pas à mettre à découvert. L'ouverture consistait en une petite déchirure d'une ligne et demie environ. Au moyen d'une sonde cannelée et d'un stylet aiguillé, il passa une double ligature pour lier le vaisseau au-dessus et au-dessous de la blessure.

Dans les premiers jours, l'opérateur pratiqua de nombreuses saignées pour diminuer l'action du cœur. Au quinzième jour, les ligatnres tombèrent et le malade guérit radicalement, ne conservant de son accident qu'un léger abaissement de température dans le membre. (*Communiquée par M. Carrond du Villards.*)

Obs. CIII.—*Coup de feu à la cuisse.—Hémorrhagie consécutive.—Mort. —Blessure de l'artère crurale.*—Parmi les blessés reçus dans la salle Sainte-Jeanne au mois d'avril 1834, se trouvait un élève en médecine âgé de vingt-cinq ans atteint de deux coups de feu aux membres inférieurs; l'une des balles avait déterminé une plaie contuse et labourée à la partie interne du talon droit, au-dessous de la malléole, dans la direction de la voûte du calcaneum, avec lésion superficielle de cet os; l'autre était entrée à la partie postérieure de la cuisse gauche vers la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs et était sortie au côté interne du tendon du muscle droit antérieur, trois pouces au-dessus de l'articulation tibio-fémorale. Le trajet comprenait l'épaisseur des muscles adducteurs et du vase interne en croisant la direction de l'artère. Cette partie du membre examinée douze heures après la blessure était le siége d'un gonflement assez considérable, non circonscrit, dû au sang épanché; il s'en était déjà écoulé une quantité assez notable par les plaies d'entrée et de sortie. En appliquant la main sur les divers points de la cuisse, on ne sentait ni battement ni bruissement; les pulsations de l'artère étaient appréciables au pli de l'aine et au creux du jarret, la tuméfaction empêchait de les sentir ailleurs. Les ouvertures d'entrée et de sortie, assez largement débridées, donnèrent issue à quelques caillots de sang noir; des applications d'eau froide furent faites pour prévenir les accidens inflammatoires; quelques jours plus tard on dut agrandir encore le débridement de la plaie de sortie; le huitième jour les escarres intérieures commencèrent à se détacher, et sortirent successivement les jours suivans avec quelques grumeaux de sang altéré entraînés par le pus. Le douzième jour le malade allait parfaitement, la cuisse avait repris son volume ordinaire, la suppuration devenue louable était moins abondante; le treizième jour après l'accident, à six heures du matin, au moment de la visite, il se déclara une hémorrhagie, qui se fit reconnaître par l'infiltration du sang à travers les pièces de l'appareil. Le blessé s'en étant aperçu fut frappé d'un sentiment d'effroi qu'il exprima à son voisin en disant que c'en était fait de lui. Immédiatement, on fit la compression de la crurale sur le pubis; au moment où la visite arriva à son lit, on le trouva dans un état de demi-syncope, les traits contractés, d'une paleur extrême. La ligature de l'artère crurale fut pratiquée et rapidement exécutée presque sans effusion de sang. On évalua à une palette et demie seulement la quantité de sang artériel perdue. Cependant, l'état syncopal persista, et le malade mourut à trois heures de l'après-midi.

Le trajet de la plaie contenait un caillot de sang du poids de deux onces environ. L'écoulement sanguin s'était fait par une ouverture à l'artère du diamètre d'une grosse tête d'épingle, déterminée par la chute d'une escarre. Cette ouverture existait au côté externe de l'artère crurale, à quelques lignes au-dessus du point où elle pénètre dans l'anneau du troisième adducteur. (*Recueillie par M. Bertrand, interne.*)

§ III. Hémorrhagies de l'espace poplité.

L'artère poplitée profondément abritée dans le creux du jarret et correspondant à la partie postérieure du membre, est moins souvent lésée que l'artère crurale; la proximité de la veine rend difficile la lésion isolée de l'artère.

Le diagnostic de ces blessures est en général facile. La disposition anatomique de la partie et les rapports de l'artère avec le fémur, sont propres à favoriser l'emploi de la compression. La ligature directe est rendue difficile par la profondeur de l'artère et ses connexions avec la veine; aussi préfère-t-on généralement pratiquer la ligature de l'artère fémorale à la partie moyenne de la cuisse. On peut alors empêcher le sang de revenir par le bout inférieur de l'artère, en profitant des dispositions favorables qu'offre la partie inférieure du jarret pour servir de point d'appui à la compression.

Les blessures de la veine poplitée, à cause de son volume, peuvent fournir une grande quantité de sang, et elles ne donnent lieu à aucune indication particulière.

§ IV. Hémorrhagies de la jambe.

La profondeur à laquelle sont situées dans la majeure partie de leur trajet des artères les *tibiales antérieure, postérieure* et l'*artère péronière* rend leurs blessures assez rares par l'action des causes vulnérantes ordinaires. Mais dans les cas de fracture, leur proximité des os les expose à être lésées, soit par les fragmens du péroné soit par ceux du tibia, soit par les corps vulnérans eux-mêmes qui ont produit la solution de continuité; la blessure de ces artères complique assez souvent les plaies d'armes à feu avec fracture des os. A la partie inférieure du membre où ces vaisseaux sont plus superficiels, mais cependant encore abrités, soit par les saillies osseuses, soit par les tendons qui les avoisinent, leur lésion est encore assez rare. Ici les veines étant nombreuses, leur blessure ne compromet pas la circulation, et la compression ou le tamponnement de la plaie, suffiraient pour arrêter le sang qui en sortirait.

Excepté à la partie inférieure du membre la profondeur des artères rend souvent difficile la sortie du sang au-dehors, et très souvent leurs blessures se traduisent sous les formes d'un anévrysme faux primitif.

Quoique l'une d'elles soit séparée des autres par le ligament inter-osseux, toutes sont assez rapprochées pour qu'il soit difficile de distinguer celle qui fournit l'hémorrhagie, surtout quand le membre a été traversé en arrière. Il régnera encore plus d'incertitude, si c'est à la partie inférieure du jarret.

La même circonstance rend quelquefois difficile de reconnaître laquelle des deux a été lésée de la péronière ou de la tibiale postérieure dans une plaie bornée à la partie postérieure du membre.

L'épaisseur des chairs et la saillie des os rend presque toujours inefficace la compression exercée à la périphérie du membre. Le tamponnement des plaies peut seul avoir quelque efficacité, mais on connaît ses inconvéniens.

La ligature des deux bouts est elle-même en général difficile dans les trois quarts supérieurs du membre. Cependant, toutes les fois qu'une plaie est assez large pour permettre de distinguer la source de l'hémorrhagie, c'est encore cette méthode qu'il faut employer.

Lorsqu'il y a doute ou difficulté, il faut lier l'artère crurale au loin, et prévenir le retour du sang par le bout inférieur à l'aide d'une compression modérée.

Les veines variqueuses de la jambe sont quelquefois lésées par des instrumens vulnérans. C'est surtout aussi par les ruptures de ces veines dilatées qu'il arrive de ces hémorrhagies mortelles qui ont été observées par Chaussier, MM. Murat, Velpeau, Amussat, etc., etc.

A défaut de succès par la position élevée du membre et d'une compression méthodique, on aura recours à la ligature.

Obs. CIV. — *Blessure de l'artère tibiale postérieure. — Compression. — Guérison.* — En 1818, en traversant le Mont-Cenis, en compagnie de MM. les docteurs Coster et Truchet, M. Carron du Villards rencontra à Lansbourg un charron, presque exsangue, étendu sur un brancard, perdant tout son sang par une large ouverture faite à la partie postérieure de la malléole, et produite par un coup d'herminette. Il arrêta l'hémorrhagie par une compression méthodique exercée sur le membre, et surtout sur la tibiale postérieure qui fournissait le sang.

Après avoir recouvert le pied d'un bande roulée, il établit, au moyen de compresses graduées, maintenues par un écu de six francs enveloppé et recouvert de tours de bandes, et continua la compression dans toute la longueur de la jambe, jusqu'au pli du jarret, où une pelote de charpie fut ensuite placée et maintenue par des jets de bande en huit chiffres. Au moyen de cet appareil, le flux de sang fut suspendu.

Le lendemain le charron fut transporté à l'hôpital de Suza, où il se rétablit complètement.

Obs. CV. — *Blessure de l'artère péronière, ligature de la fémorale* (1). — Un homme avait reçu, à la partie postérieure et moyenne de la jambe, un coup de couteau qui avait ouvert l'artère péronière; des symptômes d'anévrysme faux primitif avaient disparu sous l'influence de la compression et des réfrigérans; deux fois par des imprudences les battemens étaient revenus dans le mollet, lorsque ce malade se dé

(1) *Clinique*, t. III, n. 4.

cida enfin à accepter l'opération qu'il avait refusée.

Je liai la fémorale à la partie moyenne de la cuisse ; le jour de l'opération le malade éprouva une chaleur assez vive dans le membre, et eut un peu de fièvre ; depuis lors il devint calme, la jambe reprit sa chaleur et sa couleur naturelles, tout battement a disparu. Guérison.

§ V. Hémorrhagies du pied.

Si l'une des artères plantaires se trouvait ouverte, il y aurait du danger à tamponner la plaie quand même elle aurait quelque étendue, et il serait très difficile de mettre l'artère à découvert pour en faire la ligature. Si l'hémorrhagie ne pouvait s'arrêter par la réunion des bords de la solution de continuité, le parti le plus convenable à prendre serait de lier l'artère tibiale postérieure derrière la malléole, et de comprimer ou lier l'artère pédieuse.

Dans les blessures ou coude-pied l'artère pédieuse est souvent ouverte ou complètement divisée ; il faut en lier les deux bouts. La position de cette artère est favorable à la compression ; mais on a cité des exemples où cette compression a eu des résultats fâcheux. M. Roux (1) dit qu'il y a des cas dans lesquels elle a déterminé la gangrène du pied et d'une partie de la jambe.

ARTICLE XI.

Hémorrhagies cutanées.

Les solutions de continuité faites à la peau et aux surfaces muqueuses, par des piqûres de sangsues, des scarifications, etc., peuvent être suivies d'hémorrhagies et assez abondantes pour entraîner des dangers et même la mort. J'ai cité plus haut quelques faits de ce genre et la science en possède beaucoup d'autres. Cet accident s'observe surtout lorsque les sangsues ont été appliquées sur des parties riches en capillaires ou parcourues par des vaisseaux veineux ou artériels très voisins de la peau, comme la région des tempes des bourses, des grandes lèvres chez la femme, etc. Souvent alors l'écoulement reconnaît pour cause l'ouverture d'une ou plusieurs artérioles. L'âge, la constitution des sujets et en général les causes qui provoquent l'afflux du sang ou empêchent sa coagulation, déterminent et entretiennent ces hémorrhagies. On sait que les individus, dont le sang est appauvri, et les enfans chez lesquels la circulation capillaire est si active y sont particulièrement prédisposés.

L'art possède plusieurs moyens pour arrêter ces hémorrhagies ; le plus ordinairement on y réussit en favorisant la formation d'un caillot qui bouche la petite plaie en y adhérant, et oppose une digue à l'écoulement ultérieur du sang. Toute substance susceptible de hâter sa coagulation ou de former avec ce liquide, un corps compacte, s'attachant à la peau, remplit cette indication. C'est ainsi qu'agissent l'agaric, le linge brûlé, la charpie, la colophane, diverses poudres, dites hémostatiques. La compression n'est efficace que pour les régions où se rencontrent des plans osseux sous-cutanés qui comme au crâne, au sternum, au pubis, offrent un point d'appui solide. Les liqueurs styptiques et les réfrigérans sont encore employés avec avantage. Lorsque l'hémorrhagie résiste à ces moyens, on a recours à la cautérisation par nitrate d'argent fondu, ou le cautère actuel.

(1) *Méd. opératoire;* Paris, 1813, tom. 2, p. 700.

Explication de la Planche.

Fig. 1. — Artère crurale vers la partie moyenne de la cuisse quatre jours après l'amputation.

Fig. 2. — Artère brachiale à la partie inférieure du bras, six jours après l'amputation.

Fig. 3. — Artère crurale à la partie inférieure de la cuisse, neuf jours après l'amputation.

Fig. 4. — Artère brachiale à la partie inférieure du bras, dix-sept jours après l'amputation.

Fig. 5. — Artère crurale à la partie inférieure de la cuisse, vingt-cinq jours après l'amputation.

Fig. 6. — Artère tibiale postérieure à la partie supérieure de la jambe, cinquante-et-un jours après l'amputation.

FIN.

fig 1.

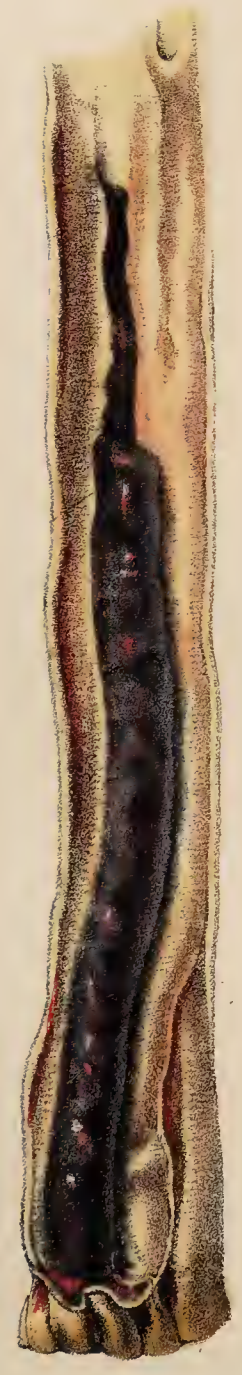


fig 2

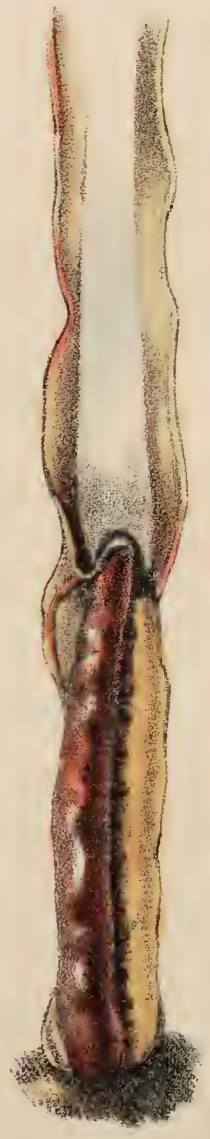
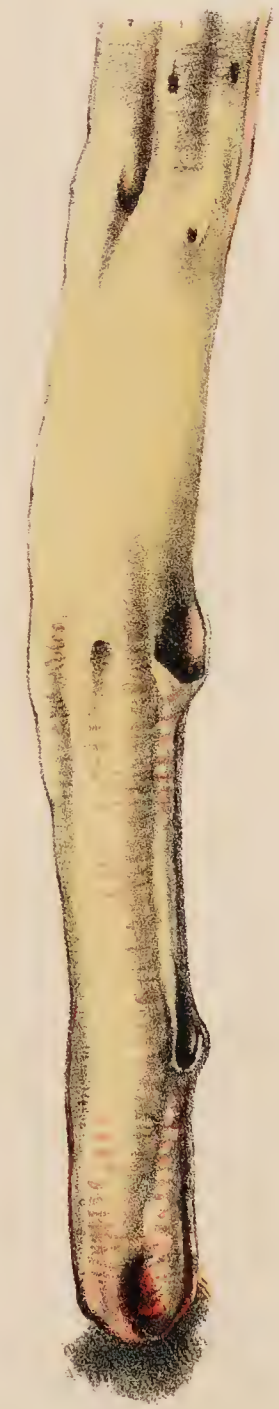


fig 3

fig 4

fig 5

fig 6.



TABLE

DES MATIÈRES.

FIN.

HISTOIRE COMPLÈTE

DES RUPTURES

ET

DES DÉCHIRURES

DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE,

PAR DUPARCQUE.

Les discussions, plusieurs fois renouvelées au sein de l'Académie de médecine de Paris, sont venues révéler le vague et les incertitudes que présente l'histoire des ruptures et des déchirures de l'utérus et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Encore ne s'agissait-il que d'un phénomène extérieur, s'opérant, pour ainsi dire, sous les yeux, *le passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée:* et cependant la question de la possibilité de cet événement remarquable, longuement et chaudement débattue, est demeurée indécise. Pouvait-il en être autrement, quand on n'apportait pour soutenir la thèse que des faits incomplets et rien moins que concluans, et que l'on ne la déclinait, d'un autre côté, que sur de simples dénégations, ou tout au plus par des argumens eux-mêmes controversibles?

Si de là on se reporte aux ruptures des régions plus profondes des organes de la gestation et de la parturition, on ne trouve rien de mieux arrêté, rien de mieux défini, rien en un mot qui puisse fixer invariablement l'opinion. Ce n'est pas que les matériaux manquent. Depuis Guillemeau, qui le premier fit connaître d'une manière précise les ruptures de la matrice à peine indiquées par ses devanciers, les faits ont abondé de toutes parts. Il est peu d'accoucheurs qui n'aient enrichi de quelques exemples sur ce sujet les archives de la science obstétricale. Mais parmi cette masse si considérable d'observations particulières, il n'en est réellement qu'un petit nombre de complètes. Peut-être est-ce à cela qu'il faut attribuer le vague, les incertitudes, les lacunes qu'offrent, à peu d'exceptions près, tous les travaux successivement publiés sur les ruptures et les déchirures de la matrice et du vagin, sous les titres de Mémoires, d'Essais, de Traités, ou formant chapitres spéciaux dans les traités généraux d'accouchement. Partout exposition superficielle du sujet, défaut presque complet de discussion, absence de critique raisonnée propre à réduire les faits à leur juste valeur, omission de recherches théoriques, indispensables cependant ici comme à l'étude parfaite de toute lésion physique. Les causes y sont confusément amalgamées, sans données sur leur mode d'action, sans distinction des rapports qu'elles peuvent avoir avec telle forme ou espèce de rupture, et réciproquement. Point d'indications thérapeutiques fondamentales, presque aucune règle rationnelle de traitement. Tels sont les défauts communs à tous ou presque tous les traités sur les ruptures et les déchirures de l'utérus et du vagin. Très-peu présentent un caractère propre d'originalité, parce que la plupart des auteurs se sont contentés de se copier les uns les autres. Il est donc vrai de dire qu'une histoire complète de ce genre d'accidens était encore à faire, lorsque la Société médicale d'Emulation, interprète des besoins et des vœux du monde médical, a, par une question de prix, éveillé l'attention des praticiens et sollicité de nouvelles recherches sur ce sujet important.

La distinction flatteuse accordée au travail que je me suis hasardé de produire au concours, les sollicitations empressées des membres de la commission et d'un grand nombre de confrères, me font une sorte d'obligation de publier cette histoire des ruptures et des déchirures des organes de la gestation et de la parturition.

J'ai divisé ce travail en quatre sections comprenant, 1° les ruptures de l'utérus hors l'état de grossesse; 2° celles qui affectent cet organe pendant la grossesse; 3° celles qui sont liées à l'accouchement; 4° enfin les ruptures et déchirures du vagin.

Les solutions violentes de continuité de l'utérus pendant la grossesse présentent deux divisions. A l'une appartiennent les déchirures produites par l'action directe des corps vulnérans; les autres constituent les ruptures proprement dites.

Les ruptures qui ont lieu à l'occasion de l'accouchement se distinguent en celles qui affectent le corps de la matrice, et celles dont le col de cet organe peut être le siége. Celles-ci présentent des différences notables selon qu'elles sont verticales ou transversales; de là trois divisions essentielles.

Enfin les ruptures et déchirures du vagin se subdivisent 1° en celles de l'extrémité supérieure de ce canal; 2° en celles de sa partie moyenne; 3° en celles de la région ano-périnéale; 4° et enfin en déchirures de la fourchette et du périnée.

Voici la marche que j'ai adoptée dans l'étude de ces divers genres de ruptures ou déchirures; dans chaque section ou subdivision, un premier chapitre est consacré à la recherche du mécanisme et à la détermination des causes de l'accident. Dans un second, j'indique les résultats immédiats; les signes forment l'objet d'un troisième; enfin un quatrième est destiné au traitement.

En multipliant ainsi les divisions et subdivisions, je n'ai pu éviter quelques répétitions. Mais cet inconvénient, que j'ai rendu le plus léger possible, se trouve d'ailleurs racheté par l'avantage de pouvoir, par ces divisions, présenter des notions plus précises et plus complètes sur tout ce qui se rapporte à l'histoire de ces ruptures.

HISTOIRE COMPLÈTE

DES RUPTURES

ET

DES DÉCHIRURES

DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

On doit entendre par *rupture* et *déchirure* toute solution de continuité résultant de la distension forcée d'un corps doué de souplesse, par opposition aux dénominations de *cassure* ou *fracture*, qui s'appliquent plus spécialement à la division indirecte des corps peu ou point extensibles. Ainsi, dans l'économie animale, les tissus dits *mous* se rompent et se déchirent, les os se cassent ou se brisent.

Lorsque la solution de continuité par distension a lieu dans le plein d'un tissu, il y a rupture proprement dite. On rattache plus spécialement le nom de *déchirure* à la solution qui commence par les bords libres des tissus membraneux ou des parties présentant cette forme aplatie. Ainsi l'utérus se rompt dans son corps; son col peut être déchiré verticalement. Le périnée se rompt à son centre; la fourchette se déchire.

Il n'y a au reste entre les ruptures proprement dites et les déchirures que cette seule différence de lieu, puisqu'elles reconnaissent la même cause prochaine, l'*extension forcée*, et que, d'un autre côté, elles se passent sous l'influence des mêmes causes prédisposantes, et sont produites par les mêmes causes déterminantes. Aussi trouve-t-on fréquemment ces deux dénominations indistinctement employées pour désigner toutes les solutions de continuité qui attaquent les organes de la parturition et les voies de la gestation.

La distension peut être produite par des forces agissant en sens opposé, et plus ou moins éloignées l'une de l'autre, de manière que le tissu sur lequel elles sont appliquées se rompe dans un point intermédiaire à ces deux forces; là il y a rupture indirecte, médiate ou *par traction*; ou bien la cause rupturante et déchirante agit en refoulant, en pressant le tissu, et le rompt au point de contact de la violence distendante; ici il y a rupture immédiate, directe ou par pression. Si le corps vulnérant produit les lésions de continuité en pénétrant graduellement dans le tissu, comme un corps à tranchant mousse ou à pointe obtuse, il y a déchirement.

La matrice et le vagin sont susceptibles d'éprouver ces différens genres de ruptures et de déchirures. Organes creux à parois membraniformes, ils se trouvent soumis à des distensions excentriques, à des pressions directes, ou exposés à l'action déchirante de corps vulnérans.

C'est ici le lieu de remarquer que c'est par suite d'une interprétation vicieuse des faits et par une application forcée que Mme Lachapelle et M. Dugès ont étendu le nom de rupture à certaines solutions de continuité secondaires des organes de la gestation et de la parturition. La rupture constitue un acte instantané, s'opérant brusquement; il est donc essentiellement aigu. Or, les auteurs précités admettent d'abord des ruptures chroniques; et ils donnent ce nom, soit à la destruction des tissus utérins et vaginaux par des ulcérations, soit aux solutions de continuité résultant de leur amincissement, de leur atrophie par compression lente, et qui seraient le dernier terme du *feutrement*, de l'*usure* de ces tissus.

Mais les ulcérations qui traversent les parois utérines d'outre en outre, constituent non pas des ruptures, mais des perforations; elles mettent seulement les parties qui en sont le siége

dans des conditions qui favorisent l'action des causes déterminantes des ruptures proprement dites. Elles ne forment donc que des causes prédisposantes. Il en est de même, à plus forte raison, de l'amincissement ou de l'usure d'un point des parois utérines. Aussi verrons-nous que ces circonstances prédisposantes peuvent exister sans qu'il y ait rupture, et que quand celle-ci arrive, alors elle est toujours déterminée par l'une des causes déterminantes ordinaires, et la rupture s'opère de la même manière que quand les tissus sont intacts.

Ces remarques s'appliquent également aux ruptures ou déchirures s'opérant sur des parties ramollies par l'inflammation ou la gangrène, et auxquelles les mêmes auteurs donnent le nom de *ruptures subaiguës*. Ces états pathologiques ne sont que des causes prédisposantes.

Enfin, les solutions de continuité qui succèdent à la suppuration de points meurtris et enflammés, ou à la chute d'escarres après l'accouchement, ne sauraient être considérées comme des ruptures.

On a aussi rangé parmi les ruptures la section du col de l'utérus ou de l'extrémité supérieure du vagin par la compression de ces parties entre la tête de l'enfant, par exemple, et le rebord du détroit supérieur qui serait tranchant.

Quoi qu'il en soit, les ruptures proprement dites peuvent ne s'étendre que graduellement, ou s'accomplir instantanément, selon l'intensité, la persévérance, la succession d'action des causes déterminantes qui la provoquent, et nonobstant les conditions locales favorables à leur production; il serait donc plus rationnel de fonder sur cette marche la distinction des ruptures en *instantanées* et en *progressives*. On distingue aussi les ruptures en *spontanées* ou produites par des causes internes, comme l'accumulation, le développement considérable du contenu utérin, l'action active de ces corps sur les parois de l'organe; et en *accidentelles* ou *traumatiques*, quand elles résultent de violences extérieures ou de l'application immédiate de corps vulnérans.

PREMIÈRE SECTION.

RUPTURES DE L'UTÉRUS HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

La résistance fibreuse et comme cartilagineuse du tissu de l'utérus pendant sa vacuité, l'exiguïté de cet organe, sa mobilité, sa situation au milieu d'une cavité osseuse, le défendent efficacement de toute violence, soit externe, soit interne, susceptible de porter atteinte à l'intégrité de ses parois.

Le développement de cet organe, ou pour mieux dire une distension graduelle préalable de ses parois, devient donc la condition première, la prédisposition indispensable aux lésions qui nous occupent; et comme c'est le plus ordinairement pour et par le produit de la conception que s'opère ce développement, l'état de gestation devient ainsi la cause prédisposante ordinaire, mais non exclusive, des solutions de continuité de l'utérus, tant spontanées qu'accidentelles. Je dis que la grossesse n'est pas la seule circonstance qui mette la matrice dans des conditions prédisposantes aux ruptures ou déchirures de ses parois; et en effet, tout développement de la matrice par l'épanchement ou l'accumulation dans sa cavité de produits quelconques, mettant cet organe dans des conditions analogues à celles qui résultent de l'état de grossesse, l'expose de même à l'action des mêmes causes rupturantes. Ainsi, une plaie pénétrante, une compression violente des parois abdominales atteindront également la matrice gonflée par du sang, de la sérosité, des hydatides, des gaz; même l'accumulation trop considérable de ces produits pathologiques peut, en distendant outre mesure l'utérus, en amincir et en rompre spontanément les parois. LATOUR d'Orléans nous en fournit un exemple remarquable.

1re OBS. — Rupture de la matrice occasionée par un épanchement sanguin.

Une dame cessa d'être menstruée à quarante ans. A cinquante elle s'aperçoit qu'une tumeur se développe dans son ventre; celle-ci augmente progressivement et devient énorme; on s'assure qu'elle est formée par le développement de la matrice. Dans un des paroxysmes des douleurs qui devenaient insupportables, la malade éprouva une sensation particulière dans le ventre; les douleurs cessèrent; la tumeur de l'hypogastre s'affaissa; la malade s'affaiblit et mourut le lendemain. A l'ouverture du corps, on trouva la cavité péritonéale remplie par une énorme quantité de sang noir et corrompu. L'utérus était resté dilaté, béant; ses parois, consistantes et épaisses, s'amincissaient vers le fond de ce viscère, qui, en cet endroit, offrait une ouverture à bords déchirés. Le col utérin était cartilagineux et complètement oblitéré. D'après cette disposition et les signes qui s'étaient manifestés pendant la vie, il est évident que ce sang épanché provenait de la cavité utérine, d'où il avait passé dans l'abdomen par la rupture qui s'était faite au fond de cet organe.

Un autre exemple plus extraordinaire encore a été publié dans le quatrième volume du *Rust's Magasin Fur*, etc., 1834.

2e Observation. — Même sujet.

G., âgée de cinquante-trois ans, ayant cessé d'être menstruée depuis quatre ans, eut, après un abus du coït, un flux sanguin par la matrice, qui se reproduisit à des époques irrégulières. Au bout de quelque temps le sang disparut, et le ventre se tuméfia au point de descendre jusqu'aux genoux. Vomissemens répétés d'une matière noirâtre, analogue au marc de café. Marasme et mort.

A l'autopsie cadavérique, on trouva l'utérus énormément développé, à parois excessivement minces. Le col était repoussé et oblitéré par une tumeur stéatomateuse, existant au côté droit et au-dessus de ce col. Cet organe contenait une quantité prodigieuse d'une matière analogue à celle que la malade avait vomie, et qui remplissait également l'estomac et le duodenum. On trouva une perforation dans un point où l'utérus et l'estomac adhéraient ensemble.

Les parois de la matrice peuvent encore se rompre partiellement par suite de la formation et de l'accumulation de fluides, de pus par exemple, dans leur épaisseur ; à moins que l'on ne se hâte de donner issue à ces matières par une ouverture artificielle pratiquée dans un lieu plus favorable que celui où pourrait se faire la rupture spontanée.

L'histoire de ces abcès utérins interstitiels ne se rattache, il est vrai, qu'indirectement à notre sujet ; mais comme il n'en existe qu'un seul exemple bien constaté, nous ne pouvons nous dispenser de le rappeler, et d'en tirer l'occasion de citer quelques autres faits semblables.

3e Obs. — Abcès dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice.

M. Morère a observé un abcès développé dans la partie antérieure de l'utérus, et occasioné par une chute à plat-ventre sur l'angle d'un évier au sixième mois de la grossesse. Cet abcès ne fut reconnu qu'après la délivrance, par la saillie qu'il faisait à travers l'orifice utérin pendant le retrait de cet organe. Une ponction faite à l'aide d'un bistouri droit, garni de linge jusqu'à quatre lignes de sa pointe, en opéra la guérison. (*Gaz. méd.*, 1833.)

4e Observation.— Abcès dans la paroi postérieure.

Chez la femme qui fait le sujet du cas analogue que j'ai observé, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux, terminé par le forceps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaint de douleurs sourdes vers le sacrum, et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. Je sentis le col utérin déjeté en avant, et sa paroi postérieure saillante et arrondie au fond du vagin, et présentant de la fluctuation. Le docteur Gardanne reconnut comme moi la nature et le siége de l'affection ; il approuva la ponction et l'incision que je pratiquai en sa présence à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula de cette ouverture un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

5e Observation. — Même cas.

Je racontais ce fait à une de nos confrères dont la chirurgie moderne s'honore, qui me dit que sa femme venait d'offrir un exemple analogue. L'abcès s'était formé lentement dans la partie postérieure de l'utérus. On avait supposé d'abord un engorgement sanguin ; on craignait même quelque altération plus grave, lorsque tout à coup du pus s'échappa par une ouverture qui se fit spontanément au voisinage de l'orifice utérin. La tumeur disparut, et la malade rétablit.

§ 4.— Enfin dans les cas de grossesse interstitielle, la rupture intra-utérine du kyste donnerait également lieu à une rupture partielle.

DEUXIÈME SECTION.

RUPTURES DU CORPS DE LA MATRICE PENDANT LA GROSSESSE.

Les ruptures de la matrice pendant qu'elle contient le produit de la conception constituent un des plus graves accidens de la grossesse et de l'accouchement. Elles ont pour résultat ordinaire la perte et de la mère et de l'enfant. Les faits qui attestent que l'un ou l'autre, et à plus forte raison tous deux, ont pu échapper aux dangers qui les pressent alors, sont excessivement rares, eu égard au nombre des victimes de ce redoutable accident. Ces faits heureux suffisent du moins pour ne pas faire désespérer de la puissance conservatrice de la nature et des ressources précieuses de l'art.

En appréciant mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les moyens que la nature emploie, la marche qu'elle suit pour résister victorieusement à d'aussi profondes atteintes ; en fondant des indications plus précises et en faisant une application mieux raisonnée et mieux dirigée des moyens thérapeutiques, peut-être parviendra-t-on à rendre les chances favorables moins rares.

Nous distinguerons les ruptures de la matrice pendant la grossesse, en celles qui résultent de l'action immédiate de corps vulnérans, et en ruptures proprement dites.

PREMIÈRE DIVISION.

DÉCHIRURES ACCIDENTELLES, OU PAR L'ACTION DE CORPS VULNÉRANS.

Un premier résultat de la grossesse relatif au sujet que nous traitons, est de placer la matrice au dessus de la défense osseuse du bassin, à portée des causes vulnérantes extérieures. Cet organe peut en outre être atteint par ces agens à travers le vagin et le rectum.

§ 1er. *Piqûres.* Les déchirures étroites, faites par un instrument plus ou moins acéré, ne sont pas les moins dangereuses des blessures de la matrice. Elles ont pour conséquence ordinaire l'écoulement des eaux, la blessure du fœtus, et l'avortement. Ou bien elles développent des accidens secondaires non moins redoutables pour la mère, comme le prouve le fait suivant :

6e OBSERVATION.

Une femme enceinte est acculée contre un mur par un cabriolet. Un clou long, gros et carré, attaché à la planche de derrière, la pique à un demi-pouce du muscle droit de l'abdomen du côté gauche, à trois grands pouces de l'ombilic. Douleurs supportables; des eaux mêlées de sang s'échappent en jet par la piqûre. Quinze heures après l'accident, l'écoulement cesse; il survient des convulsions, des hoquets, des vomissemens; enfin, mort au bout de soixante heures. A l'autopsie on trouva que le clou avait pénétré jusqu'à l'enfant, qu'il l'avait atteint au milieu de la fosse sous-épineuse droite; la cavité utérine renfermait encore beaucoup d'eau, mais il n'y avait ni épanchement ni caillot de sang. L'ouverture de la matrice présentait un bourrelet inflammatoire très-épais et ayant trois pouces de diamètre en tous sens. (Planchon, *Traité complet de l'opération césarienne*, p. 77.)

§ 2. *Plaies pénétrantes.* On trouve, dans les archives obstétricales, des observations aussi étonnantes que curieuses, de déchirures de l'utérus pendant la grossesse, produites par des corps vulnérans. Le plus ordinairement elles ont été faites par les cornes d'un bœuf ou d'un taureau; tantôt le fœtus a été subitement expulsé à travers la plaie utérine et abdominale, comme dans ce fait dont un tableau placé au fond d'un temple de Smerdam retrace l'histoire, et dans lequel l'enfant, échappé à travers la crevasse gastro-utérine, tomba avec la mère, qui avait été lancée en l'air. L'enfant vécut un mois, la mère mourut au bout de 36 heures. (Sue, *Essai historique sur l'art des accouchemens,* t. I, p. 209.) Tel encore cet autre fait observé par Lechaptois, et rapporté par M. Deneux (*Essai sur les ruptures de la matrice,* p. 35), d'une femme qui eut le bas-ventre et la matrice déchirés transversalement par les cornes d'un taureau; l'enfant sortit à travers cette large ouverture avec une grande quantité de sang. Ce ne fut qu'une heure après que l'on fit la section du cordon ombilical par lequel l'enfant tenait encore à sa mère. Il vécut huit heures; la mère était parfaitement guérie au bout de six semaines.

D'autres fois la plaie n'est pas assez grande pour laisser passer le produit de la conception, et on a dû agrandir l'ouverture pour pouvoir l'extraire, ainsi qu'il est arrivé dans les cas publiés par Schmucker. (*Mélang. de Chirurg.,* ancien journal de méd., t. LXVI, p. 354.) La femme guérit aussi complètement en moins de quarante jours.

On peut déjà inférer de ces faits que les solutions de continuité de la matrice, alors même qu'elles présentent des conditions les plus défavorables, comme quand elles sont produites par déchirement, n'offrent par elles-mêmes aucun caractère de gravité. Plus elles sont étendues, plus le dégorgement sanguin qui en résulte est abondant, moins l'inflammation traumatique sera intense. Dans tous les cas, ces plaies, d'abord étendues, se trouvent bientôt réduites à de très-petites dimensions, par suite du retrait de l'organe.

Les indications sont les mêmes qu'après l'opération césarienne, lorsque l'enfant a été chassé par la plaie. Si celle-ci est trop étroite pour le laisser sortir, il convient de l'agrandir suffisamment, comme l'a fait Schmucker. Mais si elle était exiguë, qu'elle résulte par exemple d'une perforation par un corps pointu, comme dans le fait de *Planchon,* la conduite du praticien doit varier et être dirigée par la nature des accidens qui se présentent. On doit d'abord combattre les accidens nerveux que développe ce genre de blessure; prévenir, par des applications froides, l'hémorrhagie, l'engorgement sanguin local, et l'inflammation consécutive. On devra ensuite déployer contre celle-ci un traitement antiphlogistique proportionné à son intensité. Peut-être ainsi empêchera-t-on non-seulement les suites ordinairement si fâcheuses pour la mère, mais même la préservera-t-on d'un accouchement précoce. Mais si les accidens paraissaient devoir être redoutables, peut-être conviendrait-il de provoquer la délivrance avec les voies naturelles. Enfin, la gastro-hystérotomie présenterait encore des chances de salut dans quelques cas.

DEUXIÈME DIVISION.

RUPTURES PROPREMENT DITES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

L'état de gestation donne de la souplesse aux parois utérines; elles acquièrent une extensi-

bilité progressive. Ce n'est pas ici le lieu de discuter si cette extensibilité est en partie active, c'est-à-dire si l'utérus jouit de l'expansibilité vitale, ou si elle est entièrement passive. Cette extensibilité se trouve contrebalancée par la résistance organique entièrement passive, et dont la force est en rapport avec l'épaisseur des parois utérines, et surtout avec le plus ou moins de tenacité des fibres qui les composent. Ces deux propriétés opposées, qui dotent cet organe d'une certaine élasticité, donnent à ses parois la faculté de prêter ou de résister dans certaines limites aux causes qui tendent à les distendre, soit de dedans en dehors, ou de dehors en dedans, et par suite à les rompre.

Contre les causes qui agissent lentement, toute résistance est vaincue, et l'extensibilité n'a pas de bornes. La dilatabilité de l'utérus est telle alors qu'elle permet, par exemple, aux grossesses monstrueusement multiples, ou compliquées d'hydrométrie, de parvenir à terme. Cependant elle n'est pas égale chez toutes les femmes. Parfois les parois utérines semblent ne se prêter qu'avec peine à la distension nécessaire au développement du produit de la conception. La dilatation s'opère alors aux dépens du col, qui s'efface long-temps avant le terme ordinaire. Les membranes n'étant plus soutenues, s'engagent à travers les orifices, se rompent soit spontanément, ou sous l'influence du moindre effort. C'est là une des causes des accouchemens précoces auxquels sont exposées les primipares, et certaines femmes qui ne peuvent jamais arriver à terme.

Mais, ordinairement, c'est d'abord aux dépens du corps de l'utérus que s'opère le développement du germe fécondé. Ce n'est que du cinquième au sixième mois de la grossesse que le col participe à l'agrandissement de la cavité utérine; encore n'est-ce qu'aux approches du terme, ou même pendant les efforts du travail parturitif, que cette partie perd complètement son épaisseur et s'efface.

CHAPITRE Ier.

MÉCANISME ET CAUSES DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

Ces causes se rapportent à deux grandes divisions. Les unes sont externes, elles agissent par compression sur l'utérus; les autres viennent de l'intérieur de l'organe, elles agissent par distension ou par pression directe.

La compression vient tantôt de l'extérieur, et agit à travers les parois abdominales, elle est médiate; ou bien elle provient de l'action même des parois abdominales sur la matrice, elle est immédiate.

ART. I. *Ruptures de l'utérus par causes externes ou comprimantes.* — Toute compression appliquée sur l'utérus développé par le produit de la conception, tend à rapprocher ses parois l'une de l'autre, et à diminuer ainsi sa capacité. Mais comme les matières que cet organe renferme ne sont compressibles que jusqu'à un certain degré, elles résistent et se déplacent en vertu de leur mobilité, de manière que ce que la capacité perd dans un sens, elle tend à le regagner vers un autre. Là les parois utérines, pressées par la réaction du contenu, peuvent prêter jusqu'à un certain point, au-delà duquel elles cèdent. La matrice se rompt et éclate, comme le ferait une vessie exactement fermée et pleine d'eau, soumise à une forte pression. Ces ruptures se font donc alors comme par contre-coup, c'est-à-dire dans un endroit plus ou moins éloigné de ceux sur lesquels la cause a agi; elle sont indirectes. Comme pendant la gestation le segment inférieur de la matrice, représenté par le col, se trouve la partie la plus résistante de cet organe, c'est constamment au corps de ce viscère que se font les ruptures par compression externe. Comme aussi la paroi antérieure de l'utérus, sur laquelle est appliquée la violence, est soutenue par l'agent lui-même, tandis que la paroi postérieure l'est par la colonne vertébrale et ses annexes, et que le bassin maintient le segment inférieur, ces régions se trouvent ainsi être à l'abri des ruptures par compression; aussi voit-on dans la plupart des observations de ruptures de l'utérus arrivées pendant la grossesse et occasionées par compression externe, qu'elles ont eu leur siége sur les parties latérales de l'organe, et surtout vers le fond.

Cependant la matrice, par sa position oblique ou d'anteversion naturelle, présentant son fond presqu'entièrement dirigé en avant, est dès lors accessible aux violences rupturantes par compression agissant verticalement dans la direction du bassin. Dans ce cas, la rupture peut occuper le segment inférieur de la matrice, au voisinage du col. Elle aurait ce même siége dans le cas où elle serait produite par la flexion forcée du corps en avant.

1re SÉRIE. — *Causes extérieures ou médiates. Compression du ventre.* — La compression de l'utérus est le plus ordinairement médiate, c'est-à-dire due à des causes extérieures, comme des coups ou des chutes sur l'abdomen, la pression de cette région par le reculement d'une voiture contre un mur, ou le passage de ses roues sur le ventre. L'ancien Journal de Médecine rapporte qu'une femme éprouva une rupture de l'utérus au septième moins de sa grossesse, pour avoir été pressée entre une muraille et une voiture qui reculait.

Quelquefois la contusion du ventre pendant la grossesse n'a d'autre effet que la meurtrissure d'un point plus ou moins étendu des parois

abdominales, meurtrissure qui peut disposer à une rupture ou occasioner une perforation, comme on en voit un exemple dans le fait mentionné par Mauritanæus Cordæus. (*Hist. de l'Acad. des Sciences,* 1709.) Une femme enceinte reçut un coup de pied de cheval dans les régions de la matrice. Cette partie s'ulcéra, et plus tard donna passage aux os de l'enfant.

Plusieurs circonstances anatomiques ou organiques viennent éluder l'action rupturante des causes que nous venons d'énumérer. A. Ici se présente une question diversement résolue. La présence du placenta défend-elle des ruptures, pendant la grossesse, les régions de l'utérus sur lesquelles ce corps est implanté ? Comme c'est précisément vers les points qu'occupe le plus ordinairement le placenta, c'est-à-dire le fond de l'utérus, qu'ont eu lieu la plupart des cas de ruptures par compression, l'opinion affirmative de Levret et d'Astruc sur ce sujet se trouve déjà détruite par les faits. Elle ne supporterait pas d'ailleurs un examen raisonné. Ainsi, si c'est vers les points couverts par le placenta que sont portés les efforts de réaction de l'œuf humain violemment comprimé, ce corps faisant partie intégrante de l'œuf, concourt pour sa part à l'effort de réaction imprimé à la totalité de celui-ci par la force comprimante. Il est donc non pas partie résistante, mais partie agissante solidaire. En effet, on a vu l'œuf humain précipité en entier dans l'abdomen à travers une rupture par compression. Quel rôle protecteur le placenta a-t-il joué dans ces cas ?

Lorsque la région sur laquelle le placenta se trouve est frappée de faiblesse congéniale ou pathologique, la présence de ce corps mettra tout au plus cette partie dans des conditions égales, sous le rapport de la résistance, à celles que présentent les autre points de l'utérus ; si donc la violence distendante provenait, non de l'œuf entier, mais du fœtus seul, le placenta ne serait pas encore un obstacle à la rupture des points qu'il semblerait devoir protéger.

B. *Mobilité de l'utérus.* — La mobilité dont jouit la matrice lui donne la faculté de fuir, pour ainsi dire, sous l'action des violences extérieures. Ainsi, une compression suffisante pour déterminer la rupture, si cette cause était appliquée d'avant en arrière, sera sans résultat si elle agit latéralement.

C. Les parois de l'utérus ne sont pas seulement protégées par l'appui efficace de la colonne vertébrale et du bassin, elles sont encore soutenues et fortifiées par les viscères abdominaux qui les environnent, et par l'épaisseur des parois abdominales, surtout quand leur plan musculaire entre en contraction pendant qu'une cause externe agit.

D. On doit aussi tenir compte de la souplesse du tissu utérin pendant l'état de gestation, souplesse qui permet à ses parois d'échapper en se distendant aux effets désastreux de la compression.

Au reste, la résistance qu'opposent les parois utérines à la pression n'est pas égale chez toutes les femmes. Il en est dont la matrice est tellement dure et compacte, qu'elle ressemble à une sphère solide contre laquelle la compression n'a pas de prise. Elle se laisserait, ce semble, broyer avec son contenu, plutôt que de céder. La rupture dans ce cas n'est guère facile à produire ; mais alors la partie sur laquelle porte la violence peut se trouver gravement offensée. La contusion, la meurtrissure et l'inflammation qui en résultent produisent des altérations qui prédisposent aux ruptures consécutives.

Chez d'autres femmes, la matrice est d'une souplesse extrême ; on peut l'affaisser au point de pouvoir reconnaître la position et les formes du fœtus à travers ses parois. Celles-ci fuient pour ainsi dire sous le choc le plus brusque et la pression la plus forte, et échappent ainsi aux effets désastreux de ces violences. On a vu des femmes enceintes être précipitées à plat ventre, renversées par des voitures et traversées par les roues, etc., sans que l'utérus, qui avait supporté ces violences, en ait été affecté. Oui, mais alors c'est sur le fœtus que porte tout l'effort et dont il peut être victime. Il arrive dans ces cas ce qu'on observe relativement aux viscères abdominaux, qui peuvent être broyés sans que les parois abdominales soient aucunement lésées.

7e Observ. — Coup sur l'abdomen produisant une blessure au fœtus, sans que les parois de l'abdomen et de l'utérus fussent affectées.

La femme d'un sommelier fut violemment frappée au ventre, à droite de l'ombilic, par l'angle d'un panier de blanchisseuse. Elle approchait du terme de sa quatrième grossesse. La douleur qu'elle éprouva fut très-aiguë mais passagère, et ne l'empêcha pas de terminer la course qu'elle avait entreprise. Les douleurs de l'enfantement se déclarèrent une dixaine de jours après cet accident. La rupture provoquée des membranes laissa écouler une petite quantité d'eaux fortement colorées en rouge-brun. Malgré l'énergie des contractions utérines et les efforts d'expulsion de la mère, la tête, engagée au détroit supérieur, y restait comme enclouée : on avait employé la saignée et les bains sans succès. Enfin, la matrice tomba dans l'inertie ; la femme, faible et fatiguée, paraissait être en danger. Je fus appelé. Cet état durait depuis douze heures. Je reconnus une dilatation complète, la présence d'une tête hydrocéphalique. Le temps pressait. Je me hâtai d'appliquer le forceps, au moyen duquel j'amenai un enfant qui paraissait mort assez récemment.

Avec lui s'échappa une grande quantité d'eaux teintes en rouge-brun.

Cet enfant hydrocéphale, et en outre affecté de spina bifida lombaire, présentait à la fesse droite une plaie presque circulaire, à bords irréguliers, de plus d'un pouce de diamètre, avec destruction ou attrition sphacéleuse des parties molles, jusqu'à la fosse iliaque. La matrice restait inerte. J'introduisis la main dans sa cavité pour solliciter ses contractions, favoriser la sortie du placenta, et surtout pour reconnaître dans quel état étaient ses parois.

Le placenta se détacha facilement, ce qui me permit de parcourir avec les doigts toute la surface de la cavité utérine, tandis que ma main gauche, placée sur la région hypogastrique, en suivait les mouvemens. De cette manière je pus m'assurer qu'il n'existait ni plaie, ni ramollissement, ni cicatrice, ni amincissement dans aucun point des parois de ce viscère. Il est donc probable qu'elles auront cédé, comme les parois abdominales, au choc qui a porté toute sa violence sur la première partie résistante, qui s'est trouvée être le fœtus. De là, plaie contuse, hémorrhagie assez abondante pour teindre les eaux de l'amnios.

E. Comme c'est plus spécialement sur le corps, et notamment sur le liquide renfermé dans l'œuf, que se portent les effets de la compression; comme c'est le déplacement et la réaction de ce fluide incompressible qui produit la pression et la distension précurseur de la rupture, il en résulte que c'est d'abord sur les enveloppes de l'œuf que se fait la pression rupturante. Or, ces membranes opposent déjà leur résistance propre à celle que présentent les parois utérines, avec lesquelles elles sont en contact immédiat; mais ce secours varie singulièrement.

Chez quelques femmes, les membranes amniotiques n'offrent que peu de consistance; elles sont disposées à se distendre ou à se rompre sous la plus légère pression. A peine l'orifice utérin est-il entr'ouvert, qu'elles laissent écouler prématurément les eaux dès les premières douleurs de l'enfantement, ou au moindre effort; ou bien elles s'échappent en sac oblong et molasse.

Chez d'autres, au contraire, ces membranes présentent une grande épaisseur et une consistance très-considérable. Les orifices utérins ont beau être largement ouverts, les douleurs expulsives actives, les efforts de la femme vigoureux, ces membranes résistent: elles ne se rompent ni ne s'engagent dans le vagin, au fond duquel elles forment un plancher à peine bombé. L'art est obligé d'intervenir pour briser cet obstacle, qui ne cède parfois qu'à la pointe d'un instrument.

F. Des dispositions à peu près semblables s'observent dans l'enveloppe péritonéale de l'utérus: chez quelques sujets cette membrane est mince, fragile; chez d'autres elle a plus de tenacité.

Or, ces dispositions anatomiques influent d'une manière fort remarquable sur les effets des causes rupturantes.

Ainsi, 1° les parois utérines ne possèdent-elles pas l'extensibilité au même degré que les membranes amniotiques, il doit arriver qu'une pression, capable d'opérer la rupture des premières, ménagera les membranes qui, plus souples, céderont en se distendant: la rupture de l'utérus aura donc lieu sans rupture de l'œuf, qui fait alors hernie à travers la crevasse, ou tombe tout entier dans la cavité abdominale.

2° Si les parois utérines jouissent de l'extensibilité à un plus haut degré que la tunique péritonéale, la matrice se comportera envers celle-ci de la même manière que nous venons de voir, que le faisait l'œuf humain vis-à-vis de l'utérus, c'est-à-dire que sous l'influence d'une certaine pression, le péritoine se rompt tandis que les parois utérines restent intactes.

Et en effet, l'observation prouve que la tunique péritonéale de l'utérus, peut se rompre isolément. Sans participation du tissu utérin sous-jacent, soit par suite du développement parturitif de l'utérus, soit sous l'influence des causes déterminantes de la rupture de cet organe lui-même. L'exemple rapporté par Ramsbotham (Midwifery, part. 1, p. 406) était le seul cas connu de ce genre de ruptures incomplètes. On en a tout récemment publié de nouveaux.

8e OBSERVATION.

Une dame accouchée la veille au soir de son septième enfant, après un travail pénible, alla en s'affaiblissant et mourut presque subitement le lendemain matin. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie à l'extérieur. On trouva dans la cavité abdominale une quantité considérable de sang qui provenait d'une fissure de plusieurs pouces de long intéressant la tunique péritonéale de la face postérieure de l'utérus, et ne paraissant pas intéresser la substance charnue de cet organe. (*Rambstotham.*)

9e OBSERVATION.

Mistriss W.., âgée de trente-deux ans, était à la fin de sa neuvième grossesse, lorsque le 10 décembre 1824, ayant été frappée d'épouvante, elle fut prise à l'instant même d'une douleur à la partie inférieure du dos, qui s'étendit à tout l'abdomen, accompagnée d'un sentiment de défaillance et de fortes palpitations de cœur. Cependant elle se remit; mais huit jours après, elle ressentit le matin, en montant ses escaliers, des douleurs lancinantes dans la partie inférieure de l'abdomen, avec sensation particulière, indéfinissable, suffocation imminente,

douleur au cœur, pouls plein et scintillant. Le travail commença à sept heures du soir, et en quelques douleurs cette femme accoucha d'un garçon à terme, vivant; mais elle alla en s'affaiblissant et expira en moins de trois quarts d'heure.

A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen une grande quantité de sang liquide au voisinage de l'utérus. Les ligamens larges en étaient injectés. La matrice n'était point contractée, et présentait à sa surface antérieure deux longues déchirures ou lacérations et une plus petite. Ces fissures intéressaient le péritoine et quelques fibres superficielles de l'utérus. C'est de là que venait le sang épanché. (Francis White, *The Dublin Journal of médical and chimical Sciences.*)

10e OBSERVATION.

Une femme, âgée de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, fut prise des douleurs de l'enfantement à huit heures du matin; le travail marcha régulièrement durant deux heures. Alors survinrent tout à coup des douleurs dans l'abdomen, des nausées, de l'agitation, de l'abattement. Elle mourut à dix heures et demie du soir, sans être délivrée. Immédiatement après on retira un enfant mort suivi du placenta.

A l'autopsie, on ne trouva aucune apparence morbide dans la cavité abdominale, ni dans aucun de ses viscères. L'utérus était légèrement contracté. A la surface postérieure, environ une once de sang était déposée dans le repli du péritoine. On y trouva quarante à soixante lacérations transversales de la tunique péritonéale. (Clarke, *Transactions for the improvement of medical and surgical Knowledge*, t. III.)

11e OBSERVATION.

Une femme étant en travail, se plaignit tout à coup d'une douleur et d'une angoisse inaccoutumées, et présenta, sans causes manifestes, les plus alarmans symptômes. L'accouchement se fit néanmoins par les seuls efforts de l'utérus. Il survint du délire, de l'agitation, et la femme succomba six heures après la délivrance.

L'autopsie montra une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen. L'utérus était fortement contracté, et en arrière, près de son fond, on trouva une rupture couverte de sang caillé. Ses bords étaient irréguliers et entourés de taches rougeâtres. Près de cette longue déchirure étaient trois ou quatre petites gerçures. En ouvrant la cavité utérine, on trouva que la rupture n'y pénétrait pas.

De ces quatre observations, la seconde du docteur White appartient aux ruptures pendant la grossesse, hors le temps de l'accouchement et indépendamment de ce travail. Mme Lachapelle pense que ce genre de lésions est plus commun qu'on ne le pense: elle croit que la plupart des exsudations sanguines que Ruich, Franck attribuent à un écoulement opéré à travers les trompes, dépendaient plutôt des érosions de la tunique péritonéale de l'utérus. Les signes, dans tous les cas, sont fort obscurs, et aucun ne suffit pour établir un diagnostic certain. Ils indiquent la plupart une hémorrhagie sans rien révéler sur sa source, et des troubles profonds de l'innervation, eux-mêmes mis en jeu soit par le fait de la douleur qui accompagne l'événement, soit par l'anémie.

S'il était possible de reconnaître ces déchirures au moment de leur formation, il faudrait suivre l'indication très-rationnelle proposée par le docteur Charles Johnson de Dublin, et qui a pour but d'exciter un travail prématuré et de précipiter la délivrance. En provoquant de cette manière le retrait de l'utérus, on préviendrait ou on suspendrait l'hémorrhagie et l'épanchement sanguin.

Enfin, si les membranes amniotiques, épaisses et résistantes, sont douées de moins de souplesse, d'extensibilité que les parois utérines, elles pourront se rompre isolément sous l'influence d'une pression suffisante sans que le tissu de la matrice, avec lequel elles sont en contact, perde de son intégrité. On voit assez fréquemment des femmes plus ou moins avancées dans leur grossesse, perdre des eaux, après avoir été exposées à la compression soit médiate, soit immédiate de la matrice, et alors que le col n'était pas effacé, ni ses orifices dilatés de manière à laisser supposer que les membranes avaient été rompues au niveau de ces ouvertures. La rupture s'était donc opérée dans une région plus ou moins élevée, et probablement dans un point où la matrice elle-même se serait rompue, si ses parois avaient été moins extensibles. On conçoit dès lors pourquoi, à dater de l'événement, les eaux s'écoulent partiellement et à des intervalles irréguliers, mais toujours sous l'influence de certains mouvemens, de certaines positions que prend la femme. Dans ce cas, en effet, les parois utérines couvrant la déchirure et lui servant comme de soupape, s'en écartent et laissent échapper les eaux qui les pressent, parce que l'utérus se retrouve soumis à quelque compression analogue à celle qui a déterminé la rupture des membranes. Les eaux filent alors entre celles-ci et l'utérus jusqu'aux orifices, à travers lesquels elles filtrent. Nous croyons cette explication plus satisfaisante et plus probable que celle qui attribue l'écoulement incomplet des eaux, et son retour irrégulièrement périodique, au défaut de parallélisme entre les déchirures des diverses membranes qui composent les enveloppes fœtales.

Ainsi donc, les effets rupturans des violences extérieures, pendant la gestation, se portent

isolément tantôt sur les enveloppes amniotiques, tantôt sur la tunique péritonéale de cet organe ; mais le plus ordinairement la rupture envahit toutes ces couches à la fois, ou seulement les parois utérines et le péritoine, les membranes ovoïques restant intactes.

12e OBSERVATION.

Une négresse enceinte est prise tout à coup de douleurs déchirantes dans l'abdomen : le ventre se distend outre mesure : mort dans la soirée. A l'autopsie on trouva la matrice déchirée transversalement dans son fond d'une trompe à l'autre. L'orifice utéro-vaginal était fermé : le fœtus, enveloppé dans les membranes intactes, s'était échappé à travers la rupture. Le placenta était resté en place. (*The americ. journal of the ined. scienc.*, fév. 1833.)

4° Parfois cependant ces violences externes bornent leur action à décoller les membranes ou le placenta : une quantité plus ou moins considérable de sang, filant alors entre les parois utérines et l'œuf humain, vient s'écouler au dehors. L'avortement en est la conséquence ordinaire. Néanmoins le placenta peut être en grande partie décollé, sans que ce résultat ait lieu. Je ne puis m'empêcher de rapporter à ce sujet un fait bien remarquable que j'eus la douleur d'observer sur une de mes sœurs.

13e OBSERVATION. — Chute violente sur le ventre ; décollement d'une partie du placenta : la grossesse, arrivée alors au sixième mois, continue de parcourir ses périodes ordinaires.

Madame Cha... était au sixième mois de sa seconde grossesse, lorsqu'elle fut violemment renversée, ou plutôt précipitée à plat ventre sur le pavé. Aussitôt, syncope déterminée et par la douleur et par la frayeur. Je la vis un quart d'heure après l'événement. L'utérus était douloureux et sensible à la pression, surtout vers son fond. Ces douleurs avaient des redoublemens assez rapprochés pendant lesquels cet organe se durcissait : le col utérin était épais, allongé, son orifice externe contracté. Pendant le toucher, il s'en écoula environ deux cuillerées de sang liquide noir. Chaque contraction exprimait à peu près la même quantité de ce fluide. (*Saignée d'une livre ; fomentations froides sur l'abdomen ; boissons adoucissantes, diète et repos absolu.*) Le soir, il survint un mouvement fébrile. Néanmoins les douleurs étaient moins vives, et leurs redoublemens, ainsi que les contractions utérines, moins intenses et moins fréquens. Le suintement sanguin avait aussi diminué. L'enfant, auparavant très-mobile, très-vif, avait cessé de remuer depuis l'accident. (*Nouvelle saignée de douze onces.*) Insomnie, inquiétude.

Le lendemain, les contractions sont rares, mais le fond de la matrice reste sensible à la pression. Je fais appliquer 25 sangsues sur cette région.

Le quatrième jour, madame Cha..., qui se sent bien, veut se mettre sur son séant. Une douleur assez vive l'oblige aussitôt de se recoucher, et il s'écoule par la vulve un peu de sang séreux. Je m'attendais à un avortement, je le désirais même, comme pouvant prévenir de plus graves accidens. Mais le neuvième jour et les suivans se passent, et alors les mouvemens du fœtus viennent nous rassurer sur son propre compte. Mais chaque fois que la malade voulait se lever, les douleurs et l'écoulement sanguinolent reparaissaient. Je lui fis garder constamment le lit jusqu'au terme de sa grossesse, et dans cet intervalle je lui pratiquai encore deux petites saignées. Du reste, son état général était très-satisfaisant.

L'accouchement fut prompt et facile, et la délivrance placentaire spontanée. L'enfant, du sexe masculin, était remarquable par son exiguité. Il ne paraissait guère plus développé qu'un fœtus de six mois ; il vécut huit jours, pendant lesquels il ne cessa de jeter un cri plaintif. Sa respiration paraissait incomplète, et il ne put pas prendre le sein : à peine si on pouvait lui faire avaler quelques gouttes de liquide.

Le placenta attira spécialement mon attention. Il avait près de six pouces de diamètre, il était rond et d'une épaisseur générale de huit à dix lignes ; le cordon ombilical était inséré à son centre. La face utérine présentait une large tache d'un blanc mat, lisse et parfaitement distinct du reste de la surface, qui était rosée et villeuse. Cette tache avait une forme ovalaire irrégulière, et présentait plus de deux pouces dans son grand diamètre, et un pouce passé dans l'autre. Elle était dirigée du centre du placenta, où était sa plus grosse extrémité, vers la circonférence, où elle se perdait en se rétrécissant. Cette plaque, épaisse d'une ligne environ, plus mince sur ses bords, représentait une sorte de pseudo-membrane, qui paraissait incrustée sur le placenta. Au-dessous le tissu de celui-ci était compacte et moins coloré que le reste de ce corps ; en un mot, il semblait là comme atrophié, desséché. Je ne doutai pas que cette lame ne fût le résidu fibrineux du sang épanché sous le placenta, qui avait été décollé à l'occasion de l'accident arrivé trois mois auparavant. Il est probable que cette interruption dans les communications utéro-placentaires aura contribué à empêcher le développement de l'enfant. La commotion qu'il a dû éprouver au moment de la chute a pu aussi avoir quelque influence sur ce résultat.

2e SÉRIE. *Causes comprimantes immédiates ou produites par l'action des parois abdominales.* —

La compression de l'utérus peut être produite par la contraction des muscles abdominaux, et par le resserrement de la cavité utérine qui en est la conséquence immédiate, de sorte que cet organe se trouve pressé entre les parois abdominales et les parties résistantes ou osseuses du dos et du bassin. L'éternument, les accès de toux, les efforts de vomissement, le renversement forcé du tronc en arrière, qui ne peut avoir lieu sans que les muscles droits de l'abdomen principalement ne se rapprochent de la colonne vertébrale, et réciproquement, et sans par conséquent que la matrice placée entre ces deux plans ne se trouve comprimée; la courbure du tronc en avant, mouvement dans lequel l'utérus se trouve pressé de haut en bas par le rapprochement du thorax du bassin; enfin les accès de colère et les convulsions. Binet trouva le fœtus dans l'abdomen, et la matrice largement déchirée, chez une femme qui avait été prise de convulsions.

Ici encore les effets désastreux de ces causes se trouvent éludés, comme le sont ceux que tendent à produire les causes comprimantes extérieures. C'est ce que prouve la rareté des faits sur ce sujet. Nous supposons que les parois utérines sont dans leur état naturel, que le développement de la grossesse a été régulier, graduel, égal. Dans ces cas, l'action des causes que nous venons d'énumérer n'a en général d'autres résultats que la rupture des membranes, leur décollement, ou celui du placenta, et l'avortement consécutif. Il n'en est pas de même lorsque les parois utérines sont le siége d'altérations préalables qui diminuent leur résistance, surtout si ces altérations occupent des régions vers lesquelles s'opèrent le plus généralement les ruptures par compression immédiate, savoir, le fond et les côtés de l'utérus, pour les compressions antero-postérieures, qui sont les plus ordinaires, et la partie inférieure, surtout antérieurement pour les compressions de haut en bas. Lorsque ces prédispositions existent, il n'est pas nécessaire que la grossesse soit avancée, pour que la rupture ait lieu par suite des seuls efforts des parois abdominales.

14e OBSERVATION.—Grossesse de quatre mois. Rupture du fond de l'utérus. Cause prédisposante, amincissement; cause déterminante, accès de colère.

La femme V..., âgée de trente-trois ans, autrefois d'une forte complexion, et d'une bonne santé, se livrait souvent à des accès de colère, portés quelquefois jusqu'à la frénésie.

Son premier accouchement fut heureux. Dans le cours de sa seconde grossesse, elle fit une chute qui provoqua l'avortement. Je ne pus obtenir de renseignemens circonstanciés sur cet événement, qui était arrivé cinq ans environ auparavant: mais j'appris que depuis cette époque, cette femme avait eu une métrorrhagie presque continuelle, qui la jeta progressivement dans un grand état de faiblesse, altéra d'une manière sensible sa santé et lui fit perdre toute son ancienne vigueur. Elle eut cependant deux enfans dans cet intervalle, et, chose remarquable, elle reprenait de la force et de l'embonpoint pendant ses grossesses, ce qu'elle attribuait à la suppression de sa perte. Le dernier de ces deux enfans a deux ans. Elle était donc enceinte pour la cinquième fois, et parvenue au quatrième mois de sa grossesse. Elle avait repris de la force et de l'embonpoint, lorsque, le 24 décembre 1824, elle s'abandonna à un accès de colère extrêmement violent vers neuf heures du soir.

Revenue à elle, et encore tremblante, elle se plaignit d'avoir ressenti dans le ventre une vive douleur, accompagnée d'un *claquement* (c'est l'expression dont elle s'est servie). Cependant la nuit fut assez calme, et pendant toute la journée du 25, cette femme put vaquer à ses occupations ordinaires, qui consistaient à faire des ménages.

Après une bonne nuit, elle s'aperçut, le 26 au matin, que sa chemise était tachée d'un peu de sang. Cette circonstance, jointe à un sentiment de pesanteur analogue à celui qui précédait ordinairement l'irruption des règles, ou plutôt de ses pertes, lui firent naître l'idée que peut-être elle n'était pas enceinte. Elle alla donc seule jusque chez la sage-femme, demeurant assez loin de chez elle (de la rue de la Marche au carré Saint-Martin). Celle-ci la toucha, la rassura sur ses craintes, et lui conseilla seulement du repos. Madame V.... était sortie à onze heures, elle ne rentra qu'à midi et demi, et mangea de bon appétit. A trois heures, se sentant encore faim, elle prit un potage. A quatre heures, elle se rendit de sa maison n° 1 au n° 15 de la même rue pour remplir des occupations domestiques. Mais elle fut bientôt et subitement contrainte de les suspendre par la violence des douleurs qui se manifestèrent tout à coup dans l'abdomen. Elle revint chez elle, se mit au lit; les douleurs n'en continuèrent pas moins; elles se réveillaient surtout lorsqu'on soulevait la malade pour lui donner à boire. L'estomac ne put rien supporter : il rejeta non seulement des vestiges d'alimens pris dans la journée, mais même les boissons presqu'aussitôt qu'elles étaient avalées. Cependant cette femme put encore prendre quelque peu de repos dans le courant de la nuit. Mais le 27, à sept heures du matin, elle se sent oppressée, pâlit, pousse deux hoquets et expire en pleine connaissance. M. le docteur Chapotin est appelé aussitôt, mais il ne trouve plus qu'un cadavre.

La promptitude de la mort chez une femme bien constituée, qui n'avait été soumise à l'action d'aucune cause funeste présumable, qui n'avait éprouvé aucun symptôme remarquable, l'extrême pâleur de la face et du corps, la nature des derniers symptômes, firent soupçonner une hémorrhagie interne, dont il importait de connaître la source, que l'on soupçonna devoir être dans l'abdomen. Je fus chargé de faire l'autopsie cadavérique en présence de MM. les docteurs Mercier et Dutaret.

Il était une heure de l'après-midi, le corps était raide, presque généralement froid, et commençait déjà à exhaler une odeur cadavérique. Une large ecchymose *post mortem* donnait aux fesses une teinte livide.

L'abdomen était tendu, mais peu résonnant. Je l'ouvris par une incision cruciale. Dès que le scalpel entama le péritoine, un flot de sang noir encore tiède, s'en échappa, entraînant des caillots de même nature. Toute la moitié inférieure de la capacité abdominale était remplie de ce fluide en grande partie coagulé, dont la quantité peut être évaluée à environ quatre livres. A la surface de cet épanchement, et immédiatement sous les parois abdominales, surnageait un fœtus mâle, que nous jugeâmes âgé de quatre mois. Il était mort. En suivant le cordon ombilical encore intact, nous le vîmes s'enfoncer dans l'utérus à travers une déchirure existant à la partie supérieure médiane et un peu postérieure de ce viscère, mais correspondant, vu l'obliquité antérieure de l'axe de l'organe, à sa partie la plus élevée. Cette ouverture avait deux pouces dans son plus grand diamètre, qui était transversal, et quinze lignes d'avant en arrière. Les bords en étaient presque aussi droits et réguliers que si la division en avait été faite par un instrument tranchant.

En cet endroit, et dans l'espace d'environ deux pouces de circonférence, les parois de l'utérus étaient moins consistantes, et de moitié moins épaisses que partout ailleurs. Près du bord antérieur de la déchirure rampaient, sous la tunique péritonéale, quelques veines variqueuses, larges et rapprochées les unes des autres, de manière à former une sorte de tache noire qui tranchait sur la couleur blanchâtre de la surface de la matrice. Cet organe, revenu sur lui-même, était complètement rempli par le placenta, dont une portion, grosse comme un œuf de poule, faisait saillie à travers la déchirure, en tenait les bords écartés, et lui donnait une forme elliptique. Cette masse était intimement adhérente à la surface interne de la matrice; le col utérin, long d'un pouce et demi, était épais, dur et serré.

La surface péritonéale n'offrait pas la plus légère trace d'inflammation; les parois abdominales ne présentaient aucune altération qui eût pu faire soupçonner de violence extérieure.

Remarques. — L'amincissement et le ramollissement de la partie siége de la rupture, l'existence de vaisseaux variqueux à sa surface, caractérisaient une altération plus ou moins ancienne, mais dont il n'était pas facile de saisir l'origine. Remontait-elle jusqu'à l'époque de la chute que fit la femme V.... pendant sa seconde grossesse ? Cet accident aurait-il alors produit une contusion directe, ou une distension dans ce point altéré, d'où serait résulté un affaiblissement de cette région ? N'est-ce pas à cette altération qu'il faut attribuer la ménorrhagie habituelle qui minait la santé de cette femme ? Si depuis elle a eu deux grossesses sans éprouver d'accidens, peut-on en inférer que l'utérus n'était pas malade ? Ces deux grossesses pourraient bien n'avoir eu d'autre effet sur cette altération que d'augmenter son amincissement. On peut se demander si, sans l'accès de colère qui a déterminé la rupture, la dernière grossesse n'aurait pas pu parcourir toutes ses périodes comme les précédentes, et si l'accouchement, n'éprouvant aucun autre obstacle, ne pouvait pas avoir également lieu sans accident.

Au reste, il est facile de concevoir comment un accès de colère a produit la rupture, en exposant la matrice à être violemment secouée, fortement pressée par les contractions spasmodiques et convulsives des parois abdominales contre la colonne vertébrale. L'œuf comprimé, et ne pouvant trouver issue à travers le col utérin, allongé et dur, a porté tout l'effort de réaction contre une des régions les moins soutenues des parois de l'organe, et là justement où existait le moins de résistance à cause de l'altération dont il était le siége. La rupture en a été le résultat.

La douleur et le *bruit de claquement* que la femme V.... ressentit dans le ventre pendant l'accès de colère prouvent que c'est alors que cette rupture eut lieu ; mais le calme de près de trente-six heures qui succéda à cet orage ne peut être conçu qu'en admettant ou que la rupture a été d'abord très-bornée, ou qu'une portion du placenta ou du fœtus s'est engagée dans la crevasse, l'a exactement remplie, et a ainsi prévenu l'épanchement et l'hémorrhagie. On pourrait encore raisonnablement supposer, en appliquant à ce cas les remarques que nous avons faites sur la résistance que présentent parfois les membranes, on pourrait supposer, dis-je, que l'œuf humain a produit la rupture sans lui-même se rompre, comme il dilate et s'engage à travers le col utérin plus ou moins résistant sans être entamé. L'extrémité de l'œuf correspondant à la déchirure l'aurait donc alors remplie et bouchée. Mais cette digue, quelle qu'elle soit, n'a pu résister à un nouvel effort. Ce n'est que le 26, à quatre heures du soir, que les suites ordinaires de ce genre d'accident ont brusquement débuté. Il est probable

qu'un mouvement violent, comme pour soulever le matelas, ou une posture vicieuse ou forcée, en soumettant la matrice à une nouvelle compression, l'aura sollicitée à refouler son contenu, à rompre enfin les membranes, etc. Il est aussi présumable que les eaux et le fœtus auront été seuls chassés dans l'abdomen pour le moment, et que ce n'est que le 27 au matin que le décollement d'une partie du placenta a donné lieu à l'hémorrhagie, et occasioné la décoloration subite du corps, les étouffemens, le hoquet et la mort, qui a suivi presque immédiatement l'explosion de ces symptômes.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot pour faire remarquer la direction transversale de la rupture, et la netteté de ses bords.

L'observation suivante présente beaucoup de rapports avec la nôtre, seulement le temps qui s'est écoulé entre l'événement et ses résultats mortels n'a pas été aussi considérable.

15e OBSERVATION. — Altération prédisposante. Rupture à deux mois de grossesse, déterminée par des efforts de vomissement (1).

Le 3 juillet 1808, M. Collineau fut appelé à quatre heures du matin près d'une femme âgée de vingt-six ans, qui depuis trois heures éprouvait une colique très-violente. Il trouva cette femme se roulant dans son lit, et poussant de longs gémissemens que lui arrachait la douleur. La face était très-pâle, la peau couverte d'une sueur froide; le pouls petit, inégal, vite et intermittent. Le ventre était gros, mais ni dur ni douloureux au toucher. La malade ne put répondre aux questions qu'on lui adressa, qu'en désignant la région hypogastrique, et disant avec effort que c'était de là qu'elle souffrait. Le mari dit que depuis trois mois ses règles manquaient, qu'elle était mal portante, mais qu'elle attribuait cet état à une grossesse probable; que la veille, 2 juillet, au soir, elle avait mangé des choux-fleurs et du petit salé; que, vers une heure du matin, elle avait été prise d'une très forte colique *accompagnée de vomissemens* et suivie de défaillances pendant lesquelles *elle était froide comme le marbre*. Pendant ce colloque, la femme se tourna sur le côté et mourut.

Autopsie cadavérique. Embonpoint assez considérable, ventre volumineux et tendu. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un peu de sérosité et une grande quantité de sang: après avoir enlevé un très-grand caillot qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, et qui était sorti de la matrice par une ouverture qui se trouvait au fond de ce viscère près de son angle gauche. Le placenta était attaché près de cette ouverture, dont les bords étaient minces et frangés. Ce viscère était revenu sur lui-même de manière à embrasser exactement le placenta. Ses parois étaient épaisses de quatre à cinq lignes, excepté dans le lieu de la rupture, où, dans l'espace de plus d'un pouce de diamètre, elles étaient très-amincies. Le col de la matrice était long et épais.

L'auteur de cette intéressante observation se demande, sans se prononcer, si l'amincissement observé autour de la rupture était un vice de conformation ou un état pathologique: faute de détails suffisans nous partageons son doute. Mais il n'en est pas de même de l'opinion qu'il semble avoir, que la rupture a pu être déterminée par l'effort que cette femme avait fait, la veille de sa mort, pour enlever de terre et poser sur une table un vase très-pesant, chargé d'eau et de linge. Comme alors rien de ce qui s'observe quand s'opère une rupture utérine, n'a eu lieu, n'est-il pas présumable que cette cause n'aura agi qu'en augmentant la distension, l'amincissement de la portion déjà altérée de la matrice, et que surprise en cet état défavorable par les efforts de vomissemens qui ont eu lieu dans la nuit, c'est alors seulement que la déchirure s'est faite? Les symptômes qui ont accompagné et suivi ces vomissemens prouvent du reste que ceux-ci ont été la cause déterminante de cet événement.

16e OBSERVATION. — Rupture de la matrice au troisième mois de la grossesse, déterminée par un effort.

Dans le courant de messidor an II, Mme Grollé, de Saint-Symphorien, âgée de trente ans, d'un tempérament mou et pituiteux, ayant eu cinq enfans et plusieurs fausses couches, portait sur sa tête un fardeau, étant alors enceinte de trois mois. Elle fit un faux pas, et dans l'effort qu'elle fit pour s'empêcher de tomber, elle ressentit une douleur violente dans la matrice, suivie d'une sensation de chaleur dans le ventre, de défaillances, de sueurs froides et de syncope. Transportée chez elle, le pouls était petit, faible, intermittent: ventre dur et tendu, face pâle, lèvres décolorées, yeux éteints, respiration difficile: prostration des forces sans hémorrhagie extérieure. (Fomentations d'oxycrat froid sur le bas-ventre, position horizontale, repos, diète, tisane de riz.) Le lendemain, la chaleur de la peau s'éleva, la malade put articuler quelques paroles.... Le quatrième jour il y eut un léger mouvement de fièvre, suivi d'une chaleur générale. Après quinze jours de repos, elle se leva et vaqua à ses affaires sans ressentir d'autre incommodité qu'un peu de faiblesse. Un mois après l'accident, les symptômes analogues aux précédens reparurent avec beaucoup d'intensité. Les mêmes moyens

(1) M. Collineau, *Journal général de médecine*.

furent sans efficacité, et trois jours après, la malade mourut.

A l'ouverture du bas-ventre, il sortit environ deux pintes de sang noir et liquide. Il existait au-dessus de l'utérus un caillot aplati, de la largeur de la main, un peu moins épais, brun, tenace, consistant, élastique, adhérant à la surface antérieure de la masse intestinale, et au fond de l'utérus près de l'insertion de la trompe droite, sur une crevasse d'un pouce d'étendue, crevasse correspondante à l'implantation du placenta. La cavité utérine contenait un fœtus mâle de 3 à 4 mois, bien conformé. (J. B. Puzin, thèse 1809.)

Ce fait est remarquable, 1° par l'époque de la grossesse à laquelle il est arrivé; ce qui doit faire présumer que les parois utérines portaient quelque prédisposition probablement occasionée par ou pendant les accouchemens précédens; 2° par le siége de la rupture à l'endroit où était inséré le placenta; 3° par le rétablissement de la santé après l'accident, et quoique tout annonçât évidemment un épanchement de sang considérable; 4° par le long espace de temps qui s'est écoulé entre l'événement et l'instant où le renouvellement de l'hémorrhagie, ou peut-être la rupture du pseudokyte qui a dû se faire autour de l'épanchement, auront eu lieu.

Il y a tout lieu de croire que dans les autres cas publiés de ruptures présumées spontanées de l'utérus à une époque peu avancée de la grossesse, l'altération de cet organe y avait prédisposé. Tel est le fait de rupture opérée à deux mois, observé par M. Moulin (1); celui de M. Campbell qui eut lieu à quatre mois (2).

La direction dans laquelle s'est exercée la compression rupturante peut faire juger de celle qu'affectera la rupture. Ainsi, quand la cause agit d'avant en arrière, de manière à produire la rupture des parties latérales ou du fond de la matrice, les crevasses se font verticalement dans le premier cas, transversalement dans le second. La rupture sera plutôt transversale et de forme semi-lunaire, si elle a son siége vers le segment inférieur de l'utérus, et qu'elle soit déterminée par une pression exercée dans le sens de la hauteur de ce viscère.

Au reste, le siége précis aussi bien que la direction et la forme de la solution de continuité, peut varier autant que la direction imprimée à la compression. Le déplacement et le changement de forme de l'œuf humain obéissant à ces impulsions diverses, il reportera ses efforts de réaction vers des points également variés.

Nous supposons jusque-là la matrice dans un état parfait d'intégrité, ses parois offrant dans tous leurs points la même disposition harmonique à céder au développement du produit de la conception et à résister également à l'action d'une compression violente ou d'une distension brusque. Mais si quelque région ne se trouve pas dans ces dispositions, ou ne les présente qu'à un faible degré, cette partie cédera nécessairement plus volontiers à la réaction comprimante du produit de la conception; bien que ce ne soit pas vers elle que soit dirigé le plus grand effort de réaction, ce sera elle qui pourra devenir le siége de la rupture.

Ainsi les altérations prédisposantes des parois de la matrice influent sur la détermination du siége des ruptures de cet organe pendant la grossesse, et qui sont dues à la compression par cause extérieure.

Art. II. — *Ruptures de la matrice par distension.* — Nous n'avons à nous occuper des ruptures durant la grossesse, qu'autant qu'elles ont lieu pendant le repos ou l'état de relâchement des parois de la matrice; celles sur la production desquelles les contractions utérines ont quelque influence occasionelle ou déterminante, appartiennent nécessairement à l'accouchement, qu'il arrive à terme ou qu'il soit prématuré. Dans celles-ci, les parois utérines jouent un rôle actif: elles sont entièrement passives dans les autres, leurs propriétés de tissu sont alors seules mises en jeu. Aussi, les considérations que nous avons présentées sur l'état de ces propriétés, sur la manière dont elles résistent ou cèdent aux causes susceptibles de produire la rupture, sont applicables aux cas présens. Elles nous serviront à évaluer l'action et l'influence des causes de rupture par extension, et à apprécier la valeur des faits donnés comme exemples ou preuves.

La matrice jouit donc d'une extensibilité qui peut être portée au plus haut degré, pourvu que la cause qui la met en jeu agisse lentement et progressivement. Sous cette condition, les parois de ce viscère sont susceptibles d'acquérir un développement très-considérable, et l'organe un volume énorme. Mais pour qu'elles puissent supporter cette extension sans risques, il est nécessaire qu'elles présentent ce complément d'organisation qui rend tous ses points également résistans ou également extensibles. « Nous avons vu certaines femmes, dit Mme Lachapelle (3), dont l'abdomen, énormément » distendu, lisse et luisant, offrait une sorte de » transparence. Il semblait qu'une mince membrane séparât seule de l'air extérieur l'enfant » et l'eau qui l'entoure. Il semblait que le » moindre effort allait briser cette frêle enveloppe, et cependant nulle de ces femmes n'a » éprouvé le moindre événement fâcheux. »

(1) *Archives générales*, tom. 9, p. 132.
(2) The Lancet, 1829, vol. 1, p. 51.
(3) *Prat. des Accouch.*, t. 3, p. 103.

J'ai plusieurs fois observé des exemples analogues; je citerai entre autres celui d'une femme dont le ventre, à sa troisième grossesse, avait acquis un volume si prodigieux, qu'à dater du sixième mois, il était déjà comme au terme de la gestation. Dès cette époque, cette femme ne put se tenir ni debout ni couchée. Elle passait ses jours et ses nuits dans un fauteuil, le corps renversé en arrière et les jambes allongées pour faire place au ventre qui pressait les cuisses. On sentait parfaitement la fluctuation, et, malgré cette énorme distension, les parois utérines étaient encore assez souples pour permettre de distinguer que la grossesse était multiple, et de sentir assez distinctement la forme, la position et les mouvemens des deux enfans. Elle accoucha très-heureusement, à huit mois et demi environ, de deux garçons très-vigoureux, avec émission d'une énorme quantité d'eau. Le premier des enfans vint par la tête, le second par les fesses. La matrice ne revint que très-incomplètement sur elle-même. Une perte inquiétante se manifesta, et ce ne fut qu'après cinq heures de soins et d'anxiétés que je pus espérer de sauver cette femme. Elle se rétablit complètement, et depuis elle est redevenue mère.

Ainsi donc, que les parois utérines, ainsi que les membranes, prêtent ou résistent à l'expansion résultant du développement plus ou moins rapide, plus ou moins considérable du produit de la conception, la rupture ne peut être déterminée par cette cause; mais il va sans dire que plus la dilatation est grande, plus les parois amincies sont exposées à céder aux autres causes déterminantes, et qu'ainsi le grand développement de la matrice devient cause prédisposante de ruptures de cet organe.

L'épanchement de sang dans la cavité utérine par le décollement du placenta, ajoutant au volume du produit de la conception, et opérant une distension plus ou moins rapide, peut-il devenir cause de rupture de l'utérus? Non; car, ou bien les parois utérines, quoique privées de l'appui des membranes amniotiques dont elles sont séparées alors par l'épanchement, céderont en vertu de leur extensibilité jusqu'à ce que la quantité de sang soit assez considérable pour occasioner la syncope ou la mort par anémie; ou bien elles résisteront, et alors la compression réactive du contenu de l'organe contre toute sa surface interne opposera aux bouches vasculaires une digue à l'écoulement ultérieur du sang. L'hémorrhagie se trouvera donc arrêtée avant d'être assez considérable pour vaincre la résistance des parois utérines au point de les rompre. Par les mêmes raisons, en supposant que l'occlusion complète des orifices s'oppose à ce que le sang, filant entre les membranes et les parois utérines, vienne trouver un débouché au dehors, comme il arrive ordinairement dans les cas d'hémorrhagie interne pendant la grossesse, la rupture ne pourrait encore en être le résultat, ainsi que quelques auteurs ont paru le penser en indiquant ces circonstances parmi les causes de rupture spontanée de l'utérus.

Je vais plus loin, et je dis que quand même un point des parois utérines aurait moins d'épaisseur et de consistance que les autres parties, la distension graduelle produite par le développement du contenu de l'utérus serait, dans les cas ordinaires, insuffisante pour occasioner la rupture, malgré cette prédisposition.

La compression excentrique du produit de la conception ne porte-t-elle pas également sur toute la surface de la cavité utérine? La force expansive n'est-elle pas dès lors répartie, et par conséquent divisée de manière que chacun des points des parois utérines n'a à en supporter qu'une faible proportion? Donc la fraction de compression répartie au point le plus faible sera elle-même trop faible pour vaincre l'extensibilité de la résistance telle quelle de ce point. Le fait dont j'ai donné plus haut l'histoire vient à l'appui de l'opinion que nous manifestons, et qui nous paraît irrécusable. Chez cette femme, on trouve, à l'ouverture cadavérique, une rupture de la matrice dont les bords présentaient les marques d'une altération ancienne, savoir, de l'amincissement, de la décoloration, de la fragilité, enfin un accompagnement de vaisseaux variqueux. En se reportant aux antécédens, on ne peut douter que cette altération n'ait été le résultat de l'événement arrivé cinq ans auparavant, et qui avait alors occasioné l'avortement. Depuis cette époque, en effet, cette femme avait été en proie à des symptômes qui indiquaient une lésion de l'utérus, et cependant elle devint deux fois enceinte; ses grossesses se passèrent sans accident, et l'accouchement s'opéra naturellement. L'action expansive du produit de la conception n'avait donc pas déterminé la rupture de ce point affaibli. Cette condition prédisposante avait aussi supporté deux fois sans encombre le travail de l'enfantement.

Ceux qui ont dit que la matrice pouvait se rompre spontanément par la seule influence du développement de son contenu, ont admis cette opinion sans examen, sans discussion. Les faits qui pourraient lui servir de preuve sont trop incomplets pour qu'ils puissent faire autorité sur ce sujet; et ceux-là mêmes que l'on a plus spécialement invoqués offrent précisément des circonstances qui viennent détruire l'hypothèse qu'ils étaient appelés à prouver. Un article du *Dictionnaire des Sciences médicales* (T. XLVII, p. 243) en présente un exemple remarquable; nous le transcrivons:

17e Observation.— Rupture présumée spontanée.

« Enfin, dit l'auteur de cet article, on a vu

» la matrice se rompre spontanément, c'est-à-
» dire sans cause connue, avant le terme de la
» grossesse. Comme je crois ce fait assez rare,
» je vais rapporter une observation qui a été
» publiée récemment en Angleterre. (*The Lon-*
» *don médical Repertory*, mai 1817.)

» M. Thomas Hott, de Bronsley, fut appelé,
» le 16 janvier 1817, auprès de Mme Hill. Il la
» trouva couchée et *vomissant* une grande quan-
» tité de mucus glutineux. A chaque effort
» qu'elle faisait pour vomir, elle paraissait
» près de s'évanouir, mais son pouls était en
» bon état, et elle n'offrait point d'autres symp-
» tômes. Sa grossesse datait de six mois. Jusque
» là son état avait été satisfaisant. Elle fut éveil-
» lée à quatre heures du matin par une vio-
» lente douleur de ventre. Elle avait speciale-
» ment son siége dans la région ombilicale.
» Cette douleur cessa bientôt, et fut remplacée
» par le vomissement, qui revenait par inter-
» valles. Elle s'affaiblit graduellement, et mou-
» rut le même jour à six heures du soir. A l'ou-
» verture du cadavre, M. Hott observa que la
» cavité abdominale était remplie de sang.
» Après avoir renversé les parois de cette ca-
» vité, il trouva le fœtus et le placenta qui
» étaient sortis par une rupture arrivée au fond
» de l'utérus. Il est probable que cette rupture
» eut lieu, le matin, au moment où la douleur
» vive se fit sentir. Mme Hill avait vingt-six ans.
» Elle était grosse pour la troisième fois. Les
» deux premières couches n'avaient présenté
» rien de remarquable. »

D'abord on ne dit pas dans quel état était la région des parois utérines où la rupture s'est faite, et l'on peut se demander avec l'auteur de l'article, « si cette malheureuse femme n'a-
» vait pas un ulcère sur le fond de l'utérus. » L'existence de cette altération ou de toute autre agissant comme cause prédisposante rendrait déjà plus facile à concevoir cette rupture prétendue spontanée. Mais la manifestation de cet accident a été précédée de vomissemens; or on admet généralement cet acte pathologique au nombre des causes déterminantes de ruptures utérines. Il a donc pu exercer ici cette influence funeste; donc ce fait ne serait pas un exemple irrécusable de rupture spontanée, occasionée par le fait seul du développement du produit de la conception.

ARTICLE III.

RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE PAR PRESSION DIRECTE INTERNE. MOUVEMENS BRUSQUES DE L'ENFANT. CONVULSIONS.

Nous n'accordons pas à ces causes présumées de rupture de l'utérus, du moins pendant la grossesse, la dangereuse puissance qu'on a voulu leur attribuer. Et en effet, la souplesse dont jouissent d'ordinaire les parois utérines leur permet d'obéir à ces déplacemens violens. Dans ces cas, il y a simplement une déformation qui, se dessinant à travers les parois abdominales, change parfois leur configuration d'une manière remarquable; ou bien les mouvemens du fœtus, quelque violens qu'ils soient, affaiblis d'abord par la présence des eaux qui l'environnent de toutes parts, ne sauraient être en proportion de la résistance que présentent les parois utérines, garanties comme elles le sont par les membranes amniotiques, et soutenues par les parois abdominales.

Lamotte, Grégoire, Leuret, Crantz, Astruc pensaient que l'enfant venant à se redresser brusquement, à se lancer pour ainsi dire contre les parois utérines, pouvait les percer par la violence du coup qu'il leur applique; mais Deventer rejette cette opinion. L'épaisseur de la matrice pendant la grossesse, dit-il, empêche que le fœtus ne puisse rompre si aisément sa prison, en la perçant avec les pieds ou les mains, comme on pretend que cela est arrivé plusieurs fois. Mais lorsque la rupture est commencée, les mouvemens violens de l'enfant peuvent alors la compléter. La mort de l'enfant ne précède pas ordinairement la rupture, comme l'a pensé M. Deneux.

C'est avec autant d'irréflexion, et une interprétation aussi inexacte de faits incomplets, que l'on a adopté cette cause de rupture, comme on a admis les ruptures spontanées. En veut-on un exemple? le voici: ce fait a été recueilli et publié par M. Egge, chirurgien à Londres. (*Méd. and Physique Journal*, novembre 1828.)

18e OBS.— Rupture supposée produite par les mouvemens de l'enfant.

« Madame*** était mariée depuis quatre mois, et dès lors elle éprouvait des douleurs profondes au dos et à la région utérine. D'autres symptômes les compliquaient et semblaient annoncer un avortement. En revenant d'une excursion qu'elle avait faite à Greenwich avec son mari, elle eut des défaillances, des vomissemens, et en moins d'une heure elle succomba... L'utérus présentait à la partie antérieure une rupture longue de cinq pouces (anglais), verticale, et s'étendait jusque sur le placenta. Le fœtus couché au-devant de la matrice était enveloppé de sa membrane, et recouvert de sang coagulé, qui en outre était répandu dans la cavité pelvienne et entre les intestins. L'utérus présentait des taches d'une couleur foncée et qui rendait le tissu où elles se trouvaient facile à déchirer. Le fœtus paraissait être en bonne santé.... Les mouvemens qu'il fit dans la matrice ont été la cause de la rupture de cet organe. »

On ne voit pas sur quel fondement on attribue ici la rupture aux mouvemens de l'enfant, dont on ne parle nullement dans l'observation. L'utérus était très-malade, et cette altération qui rendait ses parois fragiles, et qui paraît avoir été le résultat d'une métrite, existait depuis long-temps : du moins est-ce à elle que l'on peut attribuer les douleurs profondes que la malade n'a pas cessé de sentir dans cette région, depuis le début de sa grossesse. Cette altération explique comment la rupture a pu avoir lieu à une époque peu avancée de la gestation, époque à laquelle, dans l'état naturel, les parois utérines encore épaisses ne pourraient être rompues spontanément. Les efforts auxquels Mme Hill a été exposée soit dans son excursion, soit par les vomissemens qui ont marqué le début des accidens, n'ont-ils pas pu vaincre le peu de résistance que les parois ramollies de la matrice présentaient. Et puis, remarquez que le fœtus n'avait que quatre mois, et dites s'il est possible qu'il ait pu exécuter des mouvemens assez forts pour rompre largement la matrice, et s'élancer dans l'abdomen, où on l'a trouvé couché !!!!

Art. IV. — *Causes prédisposantes aux ruptures de l'utérus pendant la grossesse.* — Nous avons dit qu'une altération de nature à diminuer la résistance des parois utérines dans un de leurs points, exposait cette région à être rompue, déchirée, sous l'influence de causes déterminantes qui, sans cette prédisposition, eussent été sans effet. Cette altération peut dépendre de différentes affections, de lésions organiques ou vitales, qui elles-mêmes sont sous la dépendance d'autres circonstances. Nous allons en prendre connaissance.

§ 1. *Position de l'enfant.* La pression exercée par quelque partie saillante du fœtus sur les parois de l'utérus, peut-elle en occasioner l'usure, les feutrer, ainsi qu'on l'a dit, comme on voit les autres organes ou tissus même les plus durs s'atrophier, s'user sous l'influence d'une compression prolongée? N'est-ce pas encore là une supposition toute gratuite, fondée sur des comparaisons mal appliquées. Ne faut-il pas, pour que la pression puisse produire l'usure ou l'atrophie d'un tissu vivant, que son action soit constante, continue, et prolongée? Or, ces rapports constans n'existent pas entre le fœtus et les parois utérines. Ils se trouvent à chaque instant chargés par les mouvemens de l'enfant, par sa mobilité au milieu des eaux, mobilité telle, qu'il tend à être déplacé à chaque position que prend la femme, à chaque mouvement qu'elle exécute. Les eaux de l'amnios, la surface lisse des membranes rendent ces déplacemens très-faciles. D'ailleurs, comme ce sont ces membranes qui supportent immédiatement la compression, c'est par elles que devrait commencer l'usure !!! Et puis ce ne serait guère que dans les derniers temps de la grossesse que le fœtus pourrait par son poids, par sa consistance, par son volume exercer sur le même point une pression assez forte pour l'user. Cette compression étant graduée par la lenteur du développement, ne se trouverait-elle pas éludée par l'extensibilité des parois utérines qui obéiraient en se distendant? Et puis, n'y aurait-il pas trop peu de temps entre l'époque où le fœtus peut exercer cette compression et le terme de la grossesse, pour laisser supposer qu'elle soit suffisante pour amincir, atrophier, feutrer les parois utérines?

La position de l'enfant, considérée comme cause d'affaiblissement des parois utérines pendant la grossesse, est donc, sinon absolument inadmissible, du moins très-sujette à contestations.

§ 2. Les mêmes objections s'appliquent à l'influence admise de tumeurs avoisinant la matrice, et contre lesquelles viendraient s'user les parois de cet organe. L'utérus par suite de son développement progressif, change successivement ses rapports avec les parties qui l'avoisinent, de manière que le même point de ses parois ne saurait être assez long-temps soumis à la pression d'une saillie inamovible, comme le serait, par exemple, une exostose, pour que son tissu en soit notablement altéré. Sans nier complètement l'action de ces causes, je pense qu'on leur a accordé beaucoup plus d'influence qu'elles n'en ont réellement.

Des tumeurs intra-utérines, comme un polype par exemple, ne déprimeraient-elles pas les membranes plutôt que d'user les parois utérines?

Mais si ces circonstances n'ont que des résultats douteux ou contestables pendant la grossesse, il n'en est pas de même lors de l'accouchement. Nous verrons le rôle qu'elles jouent comme cause prédisposante de ruptures qui arrivent à cette époque.

§ 3. Le plus ordinairement l'affaiblissement d'un point des parois utérines dépend de causes qui ont agi à une époque plus ou moins antérieure, telles, par exemple, que des coups, des chutes. Ces parois contuses, meurtries, s'enflamment, se ramollissent, s'ulcèrent. Tantôt alors la rupture survient dans la même grossesse à une époque plus ou moins éloignée de l'accident, comme on le voit dans l'observation de Mauritanus Cordæus précédemment citée; d'autres fois plusieurs grossesses peuvent se succéder après l'accident, parvenir heureusement à terminaison, et la rupture ne se déclarer que dans une grossesse subséquente, ainsi que nous en avons fourni un exemple par notre observation.

§ 4. Enfin la matrice est susceptible d'être affectée d'une foule d'altérations, d'états pathologiques variés qui, en affaiblissant l'épaisseur ou la consistance de ses parois, exposent

les régions qui en sont le siége à se rompre sous l'action des causes déterminantes que nous avons fait connaître. Ainsi la métrite qui rend le tisse utérin plus mou, plus friable ; des engorgemens sanguins, variqueux ; des ulcérations spontanées, syphilitiques ou traumatiques ; des cicatrices résultant de l'extirpation d'un polype, de dilacérations arrivées dans des accouchemens précédens, etc.

Qu'est-il besoin de rappeler que la fécondation et la gestation ne sont pas incompatibles avec l'existence d'une altération plus ou moins profonde et étendue des parois utérines ? Seulement ces altérations deviendront, dans le cours de la grossesse, ou pendant l'accouchement, causes d'accidens parmi lesquels la rupture occupe une première place.

Conclusions générales.

De ce qui précède, on peut déduire les corollaires suivans :

1° Pendant la grossesse le corps de l'utérus est seul exposé aux ruptures proprement dites.

2° Ces ruptures peuvent affecter isolément, soit les membranes amniotiques, soit la tunique péritonéale. Ou bien elles envahissent simultanement les parois utérines en même temps que les membranes amniotiques, la tunique péritonéale restant intacte ; ou la rupture a lieu sans le concours des membranes amniotiques. Le plus ordinairement la rupture est complète.

3° Ces ruptures résultent toujours de la pression excentrique du contenu de l'utérus, et surtout des eaux amniotiques contre un point plus ou moins étendu des parois de cet organe.

4° Cette pression peut être directement produite par le développement ou l'accumulation de produits physiologiques ou pathologiques dans la cavité utérine. Néanmoins cette pression produisant une distension générale, ne suffit pas dans les cas ordinaires pour occasioner la rupture, quelles que soient l'étendue et la rapidité de l'épanchement intra-utérin.

5° Même la faiblesse d'un point des parois utérines ne dispose pas essentiellement à la rupture par expansion, et ainsi la rupture spontanée de l'utérus doit être considérée jusqu'à présent comme impossible pendant la grossesse.

6° La rupture résulte plus spécialement de la pression indirectement déterminée par la compression de la matrice, compression qui peut être médiate, c'est-à-dire produite par des violences extérieures, agissant sur les parois abdominales, ou immédiate, c'est-à-dire résultant du resserrement de la cavité abdominale par la contraction de ses parois musculaires.

7° La compression immédiate n'est suffisante pour produire la rupture, que quand les parois de la matrice sont le siége d'une altération prédisposante.

8° La compression par violences extérieures, pouvant être portée à des degrés élevés, peut déterminer la rupture de l'utérus, quel que soit l'état sain ou pathologique de ses parois.

CHAPITRE II.

RÉSULTATS DES RUPTURES PROPREMENT DITES DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

La mort du fœtus suit plus ou moins immédiatement l'accident ; elle résulte ou de la secousse que lui même a ressentie de la violence qui a déterminé la rupture, ou de la compression qu'il éprouve de la part de l'utérus revenant sur lui-même, quand les eaux seulement sont écoulées dans l'abdomen, ou de son exsanguification dépendante du décollement du placenta ; en un mot, de la suspension de ses rapports avec l'utérus, si lui-même est chassé hors de sa cavité.

La mère n'est pas moins exposée à des dangers pressans ; quelquefois elle succombe presque instantanément. L'acuité, la violence, la brusquerie de la douleur résultant de la déchirure ou du constact insolite du produit de la conception sur le péritome et les viscères abdominaux, portent un trouble comme foudroyant dans l'innervation. C'est à peine si quelques spasmes, des convulsions précèdent une syncope mortelle.

§ 1er *Hémorrhagie, épanchement.* Mais le plus ordinairement cet événement funèbre provient de l'hémorrhagie et de l'épanchement consécutif du sang dans la cavité abdominale.

Le sang fourni par les bords mêmes de la déchirure par les vaisseaux variqueux qui compliquent ou forment la base de l'altération qui a prédisposé à la rupture ; mais il vient surtout du déchirement ou du décollement du placenta.

Alors même qu'aucune partie de l'œuf humain n'est passée dans l'abdomen, l'hémorrhagie seule peut entraîner plus ou moins promptement la mort.

Constatons toutefois que l'hémorrhagie ne suit pas toujours immédiatement la rupture, et qu'elle n'est pas constamment suffisante pour rendre la mort imminente.

Souvent la crevasse a son siége dans une partie des parois peu pourvue de vaisseaux, soit naturellement, soit par rapport à la nature de l'altération prédisposante. D'ailleurs, le mode même de division qui rend les ruptures analogues aux plaies par arrachement, doit rendre presque nulle l'extravasion du sang. Voilà sans doute ce qui explique comme certains cas de rupture, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, n'ont donné lieu à au-

cune hémorrhagie du moins notable, puisque les femmes ont pu se rétablir sans avoir présenté aucun des signes et des accidens propres à l'épanchement sanguin.

La crevasse peut aussi se trouver plus ou moins exactement comblée, soit par une partie du fœtus ou une portion de ses dépendances, soit par un bord du placenta. Toute communication étant alors interrompue entre la cavité abdominale et la cavité utérine, le sang qui provient en général du décollement du placenta ne peut passer de celle-ci dans la première. Si la rupture correspond à une large surface de l'enfant, les effets préservateurs de l'hémorrhagie et de l'épanchement sont les mêmes. Il en sera de même encore si les membranes amniotiques sont douées de cette solidité remarquable dont nous avons précédemment parlé. Elles comblent la crevasse, de la même manière qu'elles bloquent l'orifice et le détroit supérieur à l'époque de l'accouchement.

Enfin, lorsque l'œuf humain est chassé tout entier dans l'abdomen, comme Rambsbotham (1) en cite un exemple, le retrait de l'utérus, dont les parois se contractent, empêche l'hémorrhagie, ou du moins y met plus ou moins promptement un terme. La surface externe du placenta, comprise dans l'ovoïde entier, a cessé de fournir du sang dès l'instant du décollement. Dans le cas donc de précipitation de tout le produit de la conception dans la cavité abdominale, l'hémorrhagie peut être presque nulle ou peu à craindre. L'observation suivante, publiée par M. Bochard dans l'ancien *Journal de Médecine* (t. V, p. 42), en est un exemple curieux.

19e OBSERV. — Rupture de l'utérus à sept mois de grossesse. Passage du produit de la conception dans l'abdomen sans épanchement sanguin remarquable. Grossesse consécutive.

« Une femme grosse de sept mois tomba du haut d'un arbre, le 8 août 1754. Dès ce moment son enfant cessa de faire aucun mouvement, et elle souffrit pendant un mois. En décembre suivant, quatre mois après l'accident, on sentait une masse que l'on pouvait faire rouler à volonté dans l'abdomen. Vers les derniers jours du même mois, cette femme eut par la vulve un écoulement sanguinolent qui charriait avec lui des cheveux. Le ventre diminua sensiblement. Pendant tout ce temps, la malade conserva sa santé ordinaire et vaqua à ses affaires. A la fin de février 1755, des symptômes de grossesse se déclarèrent, et elle accoucha le 8 décembre suivant, treize mois après la chute, d'un enfant très-bien portant. A la suite de l'accouchement, il y eut suppression des lochies, accompagnée de coliques et de douleurs de reins qui durèrent jusqu'au 5 février 1756. Le 8 mars, elle éprouva de nouvelles douleurs aux reins et dans toute l'étendue du bas-ventre. Il survint une tumeur à l'ombilic, avec des élancemens très-vifs. L'ouverture de l'abcès donna issue à une grande quantité de pus fétide et à la sortie de plusieurs os. On fit l'extraction du reste des os et du placenta, qui était comme pétrifié. La malade guérit parfaitement, et a joui depuis d'une bonne santé. »

La résistance des parois et des viscères de l'abdomen a été considérée comme pouvant s'opposer aux progrès de l'épanchement par la compression que ces parties produisent soit immédiatement sur les points qui fournissent le sang, soit médiatement par l'intermédiaire de ce fluide déjà épanché.

C'est ordinairement dans la cavité du péritoine que le sang s'épanche. Mais lorsque cette tunique n'a pas été comprise dans la rupture, le sang filtre entre elle et l'utérus, il gagne la duplicature des ligamens, le tissu cellulaire du bassin et des lombes. C'est dans ces cas que l'on trouve une couche de sang noir interposée entre le péritoine et l'utérus déchiré, épanchement qui se modelant axactement à la surface externe de la matrice, en prend la forme, et peut ainsi en imposer, par sa couleur livide, pour un état gangreneux de ce viscère. (BAILLIE, *Anatomie pathologique.*)

§ 2. *Inflammation, suppuration.* La femme a résisté aux accidens immédiats de la rupture, l'hémorrhagie a été nulle et modérée ; d'autres dangers la menacent. Les bords de la division, tout l'utérus même, deviennent le siége d'une inflammation dont la présence du produit de la conception dans la cavité de cet organe, s'il ne l'a pas abandonnée, augmente et l'intensité et la gravité. Le péritoine et les viscères abdominaux, irrités par le contact insolite des eaux de l'amnios, du sang épanché, et par la présence du fœtus et de ses dépendances, sont menacés d'une inflammation qui, par son intensité ou son étendue, peut compromettre la vie de la femme, ou bien elle succombera aux désordres profonds que cette phlegmasie occasionera secondairement; savoir, la suppuration, la désorganisation putrilagineuse de l'utérus déchiré, du péritoine et des viscères abdominaux.

§ 3. *Guérison.* Dans quelques cas heureux, cependant, la nature manifeste encore et sa bienveillante sollicitude et ses puissantes ressources. Les archives de l'art obstétrical fournissent un assez grand nombre de faits qui prouvent que la chute du produit de la conception dans l'abdomen, par suite d'une rupture de la matrice, n'entraîne pas essentiellement la mort de la femme; il a pu séjourner, se conserver dans cette cavité, pendant un temps plus ou moins long, sans causer d'autres incommodités que

(1) Midwifery, part. 1, p. 406. Murat, art. *Rupture*, du *Dict. des Sciences médicales*.

celles qui résultent de son poids et de l'inquiétude qu'entretient un pareil événement chez celles qui l'éprouvent. On s'est contenté, pour expliquer ce phénomène, de dire que les viscères abdominaux « se familiarisaient peu à peu » avec ce nouveau venu, qui s'arroge, malgré » leur opposition, les droits de l'hospitalité. » Le sujet nous a semblé mériter plus qu'une phrase qui flatte l'oreille, mais ne satisfait pas la raison. Nous allons le soumettre à un examen approfondi, et développer les réflexions qu'il nous a suggérées.

Il est reconnu que la présence du sang est tolérée par les tissus dans lesquels il se trouve infiltré ou épanché. Les accidens qui en résultent sont relatifs à la gêne que ce fluide exerce, par son volume ou son poids, sur les organes, comme dans le crâne; ou bien ils dépendent de l'abondance et de la promptitude de la perte, comme dans les cavités à parois extensibles. Toujours est-il que le sang ne détermine pas essentiellement l'inflammation des parties avec lesquelles il se trouve insolitement en contact. Quand l'hémorrhagie n'est pas suffisante pour déterminer la mort, soit par compression, soit par anémie, et qu'elle cesse de faire des progrès, il se forme à la surface de l'épanchement une sorte de pseudo-membrane résultant de la coagulation de la partie fibrino-albumineuse du sang, et de l'absorption de ses parties les plus fluides par les tissus séreux ou cellulaires avec lesquels il est en contact. Cette espèce de kyste pseudo-membraneux protége les organes environnans de l'impression délétère que ce fluide, par ses altérations subséquentes, pourrait exercer sur elles. Dans quelques cas la matière épanchée finit même par disparaître, ou se trouve réduite en un résidu plus ou moins solide. Il y a eu résorption. Nous ferons observer à cette occasion qu'il doit ici se passer un phénomène exosmostique; car comment les parties centrales de l'épanchement pourraient-elles être résorbées à travers le kyste pseudo-membraneux, quelquefois très-épais, qui les circonscrit et qui les sépare des bouches absorbantes?

Le kyste peut se trouver rompu par une cause accidentelle, par exemple un mouvement violent, une position forcée. Alors le fluide central, qui a perdu ses qualités premières, porte, en se répandant sur les organes environnans, de l'irritation, y suscite l'inflammation, la suppuration : de là des abcès consécutifs. Les mêmes résultats ont lieu quand ce sang éprouve à la longue une altération intestine, une sorte de fermentation putride qui lui fait rompre l'enveloppe tutélaire que la nature lui avait formée.

Les épanchemens purulens sont susceptibles de présenter des phénomènes analogues. Si, provenant d'une source plus ou moins éloignée, ils se font dans une cavité séreuse saine, ou que l'inflammation des tissus qui ont fourni le pus vienne à cesser, soit spontanément, parce qu'elle a parcouru ses périodes, soit par un traitement approprié, la présence de ce fluide pathologique, dans ce cas, pourra être tolérée. L'absorption des parties les plus ténues, à la circonférence de l'épaulement en contact avec les tissus absorbans, réduira la matière fibro-albumineuse qui forme la base du pus en une pseudo-membrane analogue à celle qui se produit autour des épanchemens sanguins. Ce kyste isolant et protecteur se comportera dès lors entre le pus épanché et les parties environnantes, comme nous venons de voir que le faisait celui formé par le sang. La matière se trouve à la longue résorbée entièrement, ou de manière à être réduite en un résidu plus ou moins solide, comme crétacé, ou bien la rupture de ce kyste, par quelque cause accidentelle, ou par altération des portions centrales, deviendra la source d'accidens consécutifs analogues à ceux que produisent les épanchemens sanguins anciens.

On admet généralement que le kyste pseudo-membraneux qui se forme à la surface du sang ou du pus épanché est le résultat de la résorption des parties les plus ténues de ces fluides, à leur point de contact avec le tissu séreux qui les environne; mais nous croyons en outre que cette enveloppe pourrait bien être en partie fournie par ces membranes séreuses elles-mêmes. En effet, soit que l'inflammation qui a produit le pus ne soit pas complètement éteinte, soit que la présence de ce fluide ou du sang épanché provoque d'abord cet état pathologique, mais à un faible degré, ne peut-il pas avoir pour résultat une sécrétion séro-albumineuse réduite en pseudo-membrane, ainsi que cela a lieu fréquemment dans les cas ordinaires de phlegmasie des membranes séreuses?

Peut-être le tissu de ce kyste est-il susceptible d'acquérir un certain degré de vitalité qui lui permette de passer par les transformations fibreuses et cartilagineuses.

On trouve dans les Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie des faits à l'appui de l'opinion que nous avons établie sur la manière dont se comportent les épanchemens sanguins. Quant aux épanchemens purulens, nous pourrions rapporter, d'après les auteurs, des faits qui la prouvent. Nous nous bornerons à en citer un qui nous est propre.

20e Observation. — Péritonite. Epanchement purulent s'étant formé en kyste. Rupture accidentelle de ce kyste à l'intérieur.

Mademoiselle P., âgée de vingt ans, était accouchée depuis cinq mois, et conservait une douleur sourde à la région iliaque droite, lorsqu'à la suite d'une vive émotion, cette douleur

augmenta au point de l'obliger à se mettre au lit. M. le docteur Jolly, appelé trois jours ensuite, le 12 octobre 1827, trouva la malade en proie à une péritonite suraiguë. Un traitement antiphlogistique actif est employé. Le 16, il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction vers l'hypogastre qui n'est douloureux qu'à la pression : la malade paraît se rétablir. Le 28 au soir, dans l'intention de combattre un dévoiement avec coliques, on prescrit un demi-lavement avec addition de dix gouttes de teinture de Rousseau: mais au moment même de l'injection, la malade éprouve une douleur déchirante, qui se répand dans tout l'abdomen, et se fait surtout sentir vers le dos, elle jette un cri perçant en disant: «On me brûle! on m'arrache les entrailles, le dos! j'étouffe! je meurs!» Le bas-ventre, qui paraissait souple auparavant, acquiert aussitôt un volume extraordinaire, il se tend et se durcit. M. J., prévenu de cet événement, se rend aussitôt près de la malade, qu'il trouve dans un état tout-à-fait désespérant. Face entièrement décolorée; extrémités froides; pouls presque insensible, respiration courte et fréquente. *Donnez-moi à boire! je meurs!* tels sont les seuls mots que la malade articule à voix basse. (*Frictions sur tout le corps avec l'éther acétique; sinapismes largement étendus aux pieds et aux jambes : quelques cuillerées de potion cordiale.*) Sous l'influence de ces moyens, le pouls se relève et la malade semble recouvrer quelque peu de force, on la met dans un bain : nouvelles syncopes; nuit extrêmement mauvaise. Le lendemain 29, je suis demandé en consultation. Nous présumons une rupture intestinale, ou une hémorrhagie interne. L'abdomen était extraordinairement développé, avec résonnance et fluctuation obscure : prostration des forces. La malade succomba à une heure de l'après-midi.

Nous procédâmes à l'ouverture le lendemain à sept heures du matin. MM. les docteurs Jolly, Thillaie et moi. A peine le bistouri eut-il pénétré dans la cavité abdominale, qu'il en jaillit une énorme quantité de liquide séro-purulent, d'une consistance médiocre, et très-fétide. Toutes les circonvolutions intestinales distendues par des gaz sont réunies en un paquet par des concrétions albumineuses récentes : un foyer de pus épais et d'une fétidité extrême existait vers le bassin du côte droit; des débris de pseudo-membranes assez consistantes flottaient au voisinage : tout le péritoine circonvoisin offre les traces d'une violente inflammation. Nous ne pûmes découvrir aucune trace de rupture dans le canal alimentaire.

Remarques. Des symptômes d'inflammation très-aiguë du côté du bassin se manifestent. Bientôt ils disparaissent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique et bien dirigé. Toutes les fonctions reviennent à leur état naturel; la convalescence se confirme, et la guérison semble assurée. Voilà que tout à coup ces accidens reparaissent avec une brusquerie et une intensite telles qu'en quelques heures la vie en est détruite. Comment donc les choses se sont-elles passées?

Or voici comment nous nous sommes rendu raison de ces phénomènes. La péritonite aiguë, limitée vers le côté inférieur droit de l'abdomen, a été jugulée par un traitement actif. Mais depuis trois jours qu'elle existait quand on a donné les premiers secours, une sécrétion séro-albumineuse et même puriforme a dû se faire. La résorption, rétablie par la disparition de l'inflammation, a formé autour de l'épanchement un kyste pseudo-membraneux, en enlevant ses parties les plus fluides, et condensant la couche la plus externe : cette enveloppe a dû défendre les organes au milieu desquels existait le dépôt, du contact de la matière puriforme. De là, disparition presque complète de douleurs sourdes qui auraient pu faire soupçonner l'existence de l'épanchement.

Mais l'administration d'un lavement, dont la composition présentait plutôt des élémens de calme que d'irritation, déclare subitement des accidens bien autrement violens que ceux qui avaient marqué le début de la maladie. N'a-t-il pas eu pour effet mécanique de distendre le rectum et l'S du colon, par conséquent de changer les rapports que ces intestins avaient contractés avec l'enveloppe pseudo-membraneuse du dépôt? N'en sera-t-il pas résulté le brisement, le déchirement de ce kyste encore peu solide? La matière épanchée s'est aussitôt étendue dans l'abdomen, et a été répandre sur toute la surface péritonéale cette impression vive, ce sentiment de brûlure dont la malade s'est plainte, et qui ont développé une péritonite suraiguë mortelle.

Appliquons maintenant les données que le raisonnement fondé sur l'observation nous a fournies relativement aux épanchemens sanguins et purulens, à la présence du fœtus et de ses dépendances dans l'abdomen, à la suite des ruptures de l'utérus. Observons auparavant qu'en supposant, comme quelques-uns l'ont fait avec plus ou moins de fondement, que plusieurs des cas donnés pour exemple de ruptures de l'utérus et de passage consécutif du fœtus dans l'abdomen, pouvaient appartenir à des grossesses extra-utérines dont le produit, ayant rompu le kyste qui l'enveloppait, sera tombé dans cette même cavité; observons, dis-je, que les résultats sont les mêmes, et que par conséquent les réflexions que nous soumettons s'appliquent également à ces cas divers pour le siége, semblables quant aux résultats.

Tous les faits connus de rupture de l'utérus, qu'elles aient été produites pendant la grossesse, ou qu'elles soient arrivées à l'occasion du travail de l'enfantement, peuvent être ran-

gés dans deux séries, relativement aux suites de cet accident.

A la première série appartiennent les cas dans lesquels les femmes ont succombé plus ou moins immédiatement après l'accident. Chez les unes, la mort a été, pour ainsi dire, instantanée, subite, soit parce qu'une masse considérable de sang s'était tout à coup épanchée dans la cavité abdominale, soit parce que l'événement a porté un trouble profond dans l'innervation. Chez d'autres, bien que la mort n'ait eu lieu que plusieurs heures, plusieurs jours même après la production de la rupture, ce retard n'a été dû qu'à ce que rien ne s'était d'abord épanché hors de l'utérus, et que ces résultats n'ont eu lieu que secondairement, comme notre observation en fournit particulièrement un exemple.

Dans tous les autres faits de rupture de l'utérus avec chute du produit de la conception dans la cavité abdominale, et ce sont malheureusement les moins nombreux, parce que du moins laissent-ils encore plus d'une chance favorable, les femmes qui ont échapppé à ce premier et violent orage névrosique et hémorrhagique n'ont point présenté de ces inflammations abdominales aiguës, profondes et comme foudroyantes qui moissonnent tant de nouvelles accouchées, même après une délivrance ordinaire, et qui sembleraient devoir inévitablement résulter ici de la présence insolite, dans la cavité péritonéale, des corps étrangers que l'utérus déchiré y a rejetés. En un mot, on ne trouve aucun exemple, que je sache, bien avéré de mort occasionée à la suite d'une rupture utérine, par une péritonite suraiguë, par le fait seul de cet événement.

Si la chose est arrivée, comme le cas n'est pas le plus ordinaire, il doit laisser penser que cette péritonite mortelle pouvait dépendre de causes étrangères à l'accident; qu'elle aurait pu avoir lieu quand même la femme serait accouchée naturellement, et que l'accident qui nous occupe n'y a pris qu'une part secondaire.

21e OBSERVATION. — Rupture par compression extérieure.

Une femme de vingt-six ans, grosse de sept mois environ, fut renversée et serrée contre un mur par une voiture. Elle éprouva à l'instant des douleurs horribles dans toutes les régions de l'abdomen; une saignée faite le même jour n'évita pas une perte qui dura six semaines. La cessation de cet accident améliora peu son état, qui fut toujours celui de la souffrance, de la faiblesse et du dépérissement, quoiqu'elle eût été réglée depuis la perte. Cinq mois après l'accident, elle se rendit à l'Hôtel-Dieu, ayant depuis environ dix jours des vomissemens qui ne la quittèrent qu'à la mort, qui arriva le même jour. A l'examen du cadavre, le ventre était élevé, uni, d'une forme égale. On trouva dans l'abdomen une suppuration très-putride et d'un rouge brun. Toutes les parties qui avoisinent le foie avaient subi une inflammation et adhéraient entre elles. L'enfant, renfermé dans un foyer, était tombé en pourriture. On jugea, au volume et à la proportion de ses os, qu'il était au terme de sept mois. (Ancien *Journal de Méd.*, t. LIV, p. 534 et 672.)

Voilà donc une femme qui, après la rupture de l'utérus et la chute dans l'abdomen d'un fœtus arrivé à sept mois et demi, survit pendant cinq mois. Notez qu'elle ne présente pas d'abord de signes d'inflammation bien intense. Les traces de cette affection que l'on rencontre dans les viscères abdominaux ne prouvent pas qu'elle a été excitée par la présence et le contact de l'enfant, puisqu'il était lui-même renfermé dans un foyer. Elle a pu être le résultat de la violence même qui a déterminé la rupture. Je crois que si cette malheureuse avait reçu les secours pressans et les soins éclairés que réclamait sa position, on eût pu, non pas peut-être se rendre entièrement maître des accidens, mais en diminuer l'intensité et éloigner ainsi le terme fatal.

On connaît le fait extraordinaire rapporté par Dubois (thèse 1717), d'une femme chez laquelle, à l'occasion d'une première déchirure de l'utérus, l'enfant se fixa dans l'hypocondre droit. Dans une nouvelle grossesse suivie d'une nouvelle rupture, le fœtus se porte dans l'hypocondre gauche. Trois ou quatre mois après, l'un sort par un abcès, l'autre est extrait au moyen d'une incision. On verra par la suite d'autres exemples non moins concluans.

Au contraire, beaucoup de faits prouvent que les produits organiques qui se trouvent maintenant épanchés dans la membrane péritonéale n'y occasionent pas essentiellement des désordres notables; que les produits fournis par la rupture utérine se comportent, à l'égard de cette membrane, comme le font les autres produits organiques naturels ou pathologiques, le sang, le pus même, fluides qui fusent, s'infiltrent, s'épanchent au milieu des tissus et des organes, sans y susciter d'inflammation.

Ainsi donc, quand l'enfant est tombé dans l'abdomen avec les eaux et avec le sang, il doit se former autour de ces corps un kyste pseudo-membraneux résultant de la résorption des parties les plus fluides de l'épanchement, ou d'une sécrétion albumino-fibrineuse du péritoine. Ce kyste, dis-je, isole ce vaste épanchement. Or, l'absence de tout phénomène notable dans quelques cas de passage du fœtus et de ses dépendances dans l'abdomen, le peu d'intensité de ces phénomènes morbides quand il s'en présente, prouvent que le contact de ces corps ne produit pas sur le péritoine d'impression essentiellement susceptible de développer

de graves inflammations. Il semble donc alors que le travail inflammatoire soit juste suffisant pour provoquer une exsudation séro-albumineuse dont la concentration, opérée par la résorption de la partie séreuse, donne lieu ou contribue à la formation de la pseudo-membrane kystoïde destinée à isoler le fœtus et ses dépendances épanchées dans la cavité péritonéale, kyste qui doit aussi défendre les organes au milieu desquels se trouvent ces corps étrangers des impressions défavorables que leur contact immédiat pourrait entretenir ou susciter.

22e Observation.

Une femme de Toulouse éprouva une rupture de la matrice, pendant les douleurs d'un accouchement très-laborieux; l'enfant passa dans l'abdomen, où il est resté pendant vingt-cinq ans. Après la mort de la mère, on fut curieux de voir l'état du ventre : l'enfant était environné d'une couche comme plâtreuse ; on voyait très-distinctement l'endroit de l'utérus par où s'était fait un passage (Bayle).

Il est vrai que plusieurs des faits de conservation des fœtus et dépendances dans la cavité abdominale qui ont été rapportés à la rupture de l'utérus, pourraient bien plutôt concerner les ruptures de kyste appartenant à des grossesses extra-utérines, et surtout tubaires ou ovariques; mais ces faits, loin d'infirmer notre opinion sur la manière dont se comportent les produits de la conception épanchés, n'importe d'où, dans la cavité abdominale, viennent au contraire l'appuyer.

23e Observation.

Ainsi M. Moreau a vu, à la Maternité, dans l'abdomen d'une femme, un fœtus qui avait la face tournée contre le diaphragme, et que renfermait un *kyste secondaire*, une sorte de *fausse membrane* secondaire, qui était étendue sur tout le canal intestinal. Mais le cordon tenait à un placenta confondu avec l'ovaire (Académ. roy. de Médecine, séance du 10 septembre 1833).

24e Observation.

Dans la même séance, M. Capuron rapporte avoir vu, sur le cadavre d'une malade que l'on croyait affectée d'une simple rétroversion de l'utérus, une tumeur volumineuse dans l'abdomen, laquelle contenait un fœtus desséché, de l'âge de sept mois, dont l'enveloppe était homogène et cartilagineuse.

25e Observation.

M. Mojon a trouvé, dans l'abdomen d'une femme de soixante-dix-huit ans, un fœtus de trois mois, au centre d'une tumeur cartilagineuse qui occupait la cavité droite du petit bassin, et adhérait à la vessie, au vagin et à la matrice, par un tissu cellulaire très-épais.

Dans ces deux derniers cas, d'où provenait le fœtus ? On ne peut présumer qu'il se trouvait au milieu des ovaires ou des trompes, circonstance importante qui n'aurait pas échappé à de tels observateurs. Il y avait donc eu grossesse extra-utérine, ou peut-être le fœtus sera-t-il tombé à travers une rupture de l'utérus dans la cavité abdominale, où il se sera fait un pseudo-kyste, dont les parois, organisées à la longue, auront éprouvé la transformation cartilagineuse. Quoi qu'il en soit, que le fœtus vienne de l'utérus, ou des trompes ou des ovaires, il peut se conserver dans la cavité abdominale, soit que sa présence excite la formation d'un kyste pseudo-membraneux, au milieu duquel il conserve ses formes, soit qu'il soit réduit à sa trame solide par la résorption de ses parties les plus fluides, soit enfin qu'il se transforme en gras de cadavre. Ainsi on cite encore l'exemple d'une femme de Sens, qui porta son enfant dans le ventre pendant vingt-huit ans; celui de la femme de Luizelle, village de la Souabe, qui le porta quarante-six ans : un autre d'une femme de Pont-à-Mousson, qui fût grosse de la même manière pendant vingt-deux ans, et, plus récemment encore une femme de Vitry-le-Français, qui l'a été pendant trente-six ans.

26e Observation.

Le docteur Percival (*Comment. de Méd.*, v. I, p. 77) rapporte l'observation d'une femme chez laquelle l'enfant sortit en morceaux par le rectum au bout de vingt-deux ans de l'époque présumée de sa chute dans l'abdomen.

27e Observation.

Le docteur Underwold cite une observation de fœtus passé dans l'abdomen par une rupture de la matrice, ce qui n'empêcha pas cette femme de redevenir enceinte au bout de sept ans. Ce ne fut que vingt-un ans après qu'elle commença à rendre les os de ce fœtus par les intestins. Cette évacuation a duré dix-huit ans.

28e Observation.

On connaît l'histoire de cette femme morte à la Salpêtrière, qui vécut trente ans, misérablement, il est vrai, en proie à des dépôts, à des fistules consécutives, à une rupture de l'utérus et au passage de l'enfant dans l'abdomen. (*Gardien*, t. III, p. 92.)

Tous les faits que nous avons rapportés dans cet article n'intéressent pas seulement la cu-

riosité. Les réflexions qu'ils nous ont suscitées ne se rattachent pas seulement à la théorie, elles serviront de guide pour établir des indications thérapeutiques précises et dont l'application pourra devenir féconde en heureux résultats.

Résumons ces remarques :

1o *Les dangers qui résultent le plus immédiatement de la rupture de l'utérus pendant la grossesse proviennent du trouble de l'innervation, et surtout de l'hémorrhagie.*

2o *La présence du sang, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale, à la suite d'une rupture de l'utérus, ou des trompes dans les cas de grossesse tubaire ou ovarique, ne développe pas essentiellement d'inflammation redoutable.*

3o *Cette inflammation est quelquefois à un degré seulement suffisant pour produire une exsudation séro-albumineuse, dont la concentration formera autour du produit épanché un kyste pseudo-membraneux.*

4o *Ce kyste peut aussi résulter de la résorption des parties les plus fluides de la surface du produit épanché.*

5o *Dans tous les cas, ces corps étrangers peuvent séjourner et être conservés indéfiniment au milieu de la cavité abdominale.*

§ 4. Tout n'est pas encore fini pour la femme quand les premiers dangers sont passés. Dans le plus grand nombre des cas, elle a perdu la santé pour toujours; d'autres accidens consécutifs, sans menacer directement son existence, viendront en empoisonner le pénible cours.

Les altérations que les corps épanchés dans l'abdomen éprouvent à la longue, en changeant leur nature, changent aussi les impressions qu'ils exerçaient sur les organes avec lesquels ils ont pu être en contact plus ou moins impunément. Ils deviennent irritans et développent des inflammations, des suppurations destructives. Heureux encore quand cette action délétère n'arrive que dans un point limité, et que ce point répond à des parties communiquant plus ou moins directement à l'extérieur, comme les parois abdominales, le vagin, le rectum. Là se forment des abcès ou dépôts, dont l'ouverture établit une communication par où s'échappent ou peuvent être extraits les corps épanches; mais lorsque ce mouvement fermentescible est général, considérable, les désordres qu'il entraîne deviennent bientôt mortels. On trouve alors l'abdomen rempli des matières putrilagineuses, le fœtus putréfié, les viscères profondément enflammés, ulcérés, mortifiés. L'observation 21 rapportée plus haut, en donne un bel exemple.

Quelques changemens de rapport, soit brusques, comme ceux résultant d'une secousse, d'un mouvement forcé, d'un effort quelconque, ou lents comme ceux qu'entraîne le développement nutritif ou la réduction atrophique des viscères abdominaux, peuvent détruire des adhérences favorables, rompre le kyste isolant et conservateur, et mettre ainsi la matière centrale et plus ou moins altérée du foyer en contact avec les parties voisines, sur lesquelles elle va porter ses effets délétères. Les résultats seront donc alors les mêmes que ci-dessus.

On a vu les parties saillantes du fœtus, surtout quand elles ont été dépouillées de leurs parties molles par la fermentation putride ou la résorption, user, ulcérer, sphacéler les tissus avec lesquels elles étaient en contact, et se faire ainsi jour au dehors, sans abcès préalable.

29e OBSERV. — Grossesse de cinq mois. Chute d'un lieu élevé. Rupture utérine. Passage du produit utérin dans la vessie.

En avril 1816, M. le docteur Lessieux fut appelé à Maisons, près de Bayeux, pour y donner des soins à la femme Cardonne, qui souffrait plus que de coutume d'une difficulté à uriner qu'elle éprouvait depuis long-temps. Cette femme avait expulsé de l'urètre, après de violens efforts, un calcul long d'un demi-pouce, et de la grosseur d'une plume à écrire; elle avait cinquante ans. A l'âge de vingt-sept ans, étant enceinte de cinq mois de sa deuxième grossesse, elle tomba d'un lieu élevé de 10 pieds environ, sur le côté droit. A l'instant même elle sentit une douleur déchirante dans le bas-ventre; il survint de la fièvre et d'autres accidens qui l'obligèrent de garder le lit près de deux mois. Dès lors les douleurs cessèrent, mais sa santé fut toujours languissante. Elle éprouvait depuis cinq ans un besoin continuel d'uriner, et la plus grande difficulté pour rendre les urines.

Le calcul expulsé était lisse; une substance osseuse en formait le noyau. Le cathétérisme fit reconnaître une grande quantité de calculs adhérens à la vessie. En mai 1816, il se forma un abcès au-dessus du col de la vessie, qui s'ouvrit dans le vagin. Par cette voie on put faire pénétrer le doigt dans cette poche, en détacher douze calculs, qui tous avaient pour noyau des portions d'os d'un fœtus d'environ cinq mois: après l'extraction, l'ouverture fistuleuse de la vessie se cicatrisa, et la femme revint à la santé. (Extr. des *Bull. de la Soc. méd. d'Emulation*, 1822.)

Tantôt donc, une ouverture se fait sans épanchement ou abcès notable, soit aux parois abdominales soit au vagin, ou aux parois d'un viscère creux, et par-là s'échappent des portions du squelette fœtal.

D'autres fois, des abcès se manifestent dans les mêmes régions, et le pus qui s'écoule de leur ouverture spontanée ou pratiquée par l'art, entraîne des débris de l'enfant, des che-

veux, des dents, des os; ou bien leur ouverture, restée fistuleuse, permet à la sonde exploratrice de pénétrer dans un foyer plus ou moins profond, de reconnaître les matières qui le composent, et d'en rendre l'extraction possible.

On remarquera que la limitation de ces abcès consécutifs, leur apparition successive et en des points quelquefois différens, prouvent déjà qu'ils ne sont pas en général le résultat d'un foyer unique; que ce n'est pas toute la masse épanchée qui a concouru à leur formation, mais qu'ils se sont développés à sa surface, sur ses points les plus culminans. La matière purulente qui les forme ne provient pas seulement du détritus de ces corps, mais de l'inflammation ulcéreuse des parties qui se trouvent exposées au contact irritant du produit épanché.

Après l'ouverture du premier dépôt, l'introduction de l'air active ou provoque la fermentation putride des matières restées dans le foyer, et donne lieu au renouvellement et à la multiplication plus ou moins rapide des abcès, si toutefois les désordres locaux qui en résultent et les phénomènes généraux consécutifs n'ont pas occasioné plus ou moins promptement la mort.

§ 5. *Rétention du fœtus dans la matrice après sa rupture.* Dans les cas où la chute du produit de la conception n'a pas succédé à la rupture de la matrice, et où ce corps a été retenu dans cette cavité, soit à cause de l'étroitesse de la crevasse, soit parce qu'elle correspondait à une large surface du fœtus, celui-ci se comporte à l'égard de ce viscère comme nous venons de voir qu'il le faisait à l'égard de la cavité abdominale. Si la nature ne tend pas à l'en débarrasser immédiatement par les voies naturelles, en provoquant des contractions plus ou moins précoces, le fœtus, frappé de mort, s'altère, ainsi que ses dépendances: il irrite, enflamme, ulcère la matrice et peut consécutivement se faire jour au dehors, au moyen d'adhérences qui s'établissent entre cet organe et les parois abdominales. Le fait que nous avons déjà cité de Mauritanus Cædranus en fait foi. Au reste, comme dans ces cas le contenu utérin se trouve hors du contact de l'air, son altération désorganisante peut ne s'opérer qu'après un temps plus ou moins long.

§ 6. *Passage et étranglement d'une portion d'intestin à travers la rupture.* Il n'existe pas d'observation de ce genre de complication arrivé à la suite de la rupture de l'utérus pendant la grossesse. Il est bon néanmoins de tenir note de sa possibilité. Il pourrait donner lieu à des accidens, et faire naître des dangers pressans auxquels n'aurait peut-être pas exposé la chute de l'œuf humain dans l'abdomen. Une anse intestinale, ou une portion flottante d'épiploon, peuvent être précipitées ou entraînées dans le vide que présente instantanément la cavité utérine, au moment de l'expulsion de son contenu. Bientôt le retrait des parois de cet organe amène le rétrécissement de la rupture, qui emprisonne, comprime et étrangle la partie herniée. Comment distinguer les symptômes de cet accident des phénomènes propres à la rupture et à ses suites ordinaires? Le ballonnement du ventre, les éructations, les vomissemens stercoraux ne peuvent-ils pas dépendre ou du désordre général produit par l'événement, ou de la compression des intestins, occasionée par la presence du fœtus?

CHAPITRE III.

SIGNES DES RUPTURES UTÉRINES PENDANT LA GROSSESSE.

Les phénomènes que produit la rupture sont locaux ou généraux.

ARTICLE PREMIER.

Symptômes locaux.

§ 1er. *Douleurs.* On a dit que la rupture qui résultait d'un amincissement progressif, d'une sorte d'usure ou de feutrement des parois de la matrice, rupture que l'on a désignée sous le nom de *chronique* (Mme Lachapelle), pouvait se faire sans occasioner de douleurs; mais il est rare, et je ne sais même pas s'il en existe d'exemple bien avéré, que la rupture soit ainsi le dernier terme de l'amincissement. Presque toujours, pour ne pas dire constamment, elle est la suite subite d'une violence extra-utérine, d'une cause comprimante; la déchirure se fait brusquement. et se manifeste par une douleur vive, intense, dans le lieu même où s'opère la crevasse, quelle que soit l'altération prédisposante dont il était le siége. Cette douleur, d'abord comme piquante, ou semblable à celle que produirait une forte crampe, se change bientôt en une sensation d'engourdissement. Généralement cette douleur est presque immédiatement suivie d'évanouissement, de syncope, de tremblement des membres; elle produit un sentiment profond de crainte et d'inquiétude avant toute réflexion, et comme par un pressentiment instinctif.

Un calme trompeur succédant quelquefois à ce premier orage, la femme peut reprendre son train de vie ordinaire sans ressentir d'incommodité notable; ce qui dépend de ce que l'accident s'est borné à la déchirure seule, sans résultats consécutifs immédiats notables. Ainsi, rien ne se sera échappé de l'utérus, ou une portion du produit de la conception engagé dans la crevasse l'aura bouché au point d'empêcher tout épanchement dans la cavité abdominale. (*Voy.* OBSERV. 14, 15, 16.) Ce calme dure plu-

sieurs heures, et même plusieurs jours, jusqu'à ce que la matrice rejette ce qu'elle renferme, soit activement en se contractant, soit passivement par l'action d'une nouvelle cause comprimante qui agrandit sa rupture et exprime son contenu. Alors le renouvellement de la douleur et la manifestation d'autres accidens annoncent de nouveaux et plus graves dangers.

§ 2. *Bruit de déchirement.* La douleur s'accompagne d'un bruit de *déchirement,* de *craquement,* de *claquement,* comme l'exprimait la femme sujet de la quatorzième observation. Ce bruit, perceptible pour celle qui l'éprouve, est quelquefois assez fort, dit-on, pour être entendu des assistans. Au reste, son intensité doit être proportionnée, ainsi que celle de la douleur, à l'épaisseur de la partie rupturée, et à l'étendue et à la promptitude de la rupture.

§ 3. *Amollissement et affaissement subit de la région hypogastrique.* Ces symptômes n'ont lieu que quand la grossesse est assez avancée pour que l'utérus, élevé au-dessus du bassin, fasse saillir les parois abdominales. Ils ne s'observent également que quand ce viscère a versé dans l'abdomen tout ou partie de ce qu'il contient. Alors donc l'abdomen, auparavant bombé, s'affaisse ; à la place de la dureté sphéroïdale qui existait dans la région hypogastrique, on ne trouve plus que des parois non soutenues, dépressibles, et plus profondément un globe utérin plus ou moins réduit et déjeté. Ainsi, l'existence de ces symptômes est relative à l'époque à laquelle est parvenue la grossesse quand arrivent les ruptures. Ils peuvent en outre être masqués par l'abondance de l'épanchement sanguin. Toutefois l'élévation du ventre occasionée par celui-ci est plus générale, et offre moins de résistance que celle produite par le globe utérin développé par la grossesse.

§ 4. *Déplacement de l'enfant et déformation du ventre.* La présence de l'enfant dans des régions abdominales où il ne devrait pas être s'il était encore enfermé dans la matrice, la plus grande facilité qu'on éprouve de le sentir et de percevoir ses mouvemens, d'ailleurs plus étendus, à travers les parois abdominales ; tous ces signes ne se présentent ou ne deviennent appréciables que quand la grossesse est avancée. Ils peuvent être masqués par l'épanchement sanguin concomitant, par l'épaisseur des parois abdominales chargées de graisse, etc. D'un autre côté, on se rappellera la facilité avec laquelle on sent chez quelques femmes la forme, la position, les mouvemens de l'enfant à travers les parois minces et souples de l'utérus et de l'abdomen, ce qui pourrait conduire à quelque méprise dans des cas de simples présomptions de ruptures utérines.

§ 5. Le doigt, promené autour du col utérin, peut sentir à travers le fond du vagin si la matrice a conservé ou perdu un volume en rapport avec l'époque à laquelle la grossesse était parvenue. Il pourra sentir le fœtus hors de la matrice, à travers le cul de sac vaginal, ou au moyen du toucher rectal.

Il est très-important d'apporter la plus grande précaution dans les investigations faites par le *toucher :* une exploration brusque ou mal dirigée peut occasioner une explosion subite d'accidens qui étaient encore éloignés, et que l'on eût peut-être évités.

§ 6. L'on a indiqué comme signe diagnostique *les mouvemens violens, les secousses brusques et convulsives de l'enfant,* subitement suivies d'une funèbre immobilité.

§ 7. *Douleurs abdominales.* La présence de tout ou partie de l'œuf humain dans la cavité abdominale peut n'avoir d'autre résultat que la gêne des organes sur lesquels pèse le produit épanché.

§ 8. *Ecoulement sanguin par la vulve.* Il a lieu peu d'instans après l'événement. Mais, outre que ce symptôme n'est pas constant lorsqu'il y a rupture, il peut être le résultat du simple décollement des membranes ou d'une certaine étendue du placenta.

§ 9. *L'épanchement sanguin,* l'un des plus fréquens résultats et des plus redoutables accidens de la ruptures utérine, à quelque époque qu'elle ait lieu, se manifeste par un sentiment de chaleur douce qui se répand dans l'abdomen, dont les parois se soulèvent graduellement et uniformément, par la décoloration générale, l'affaiblissement du pouls, etc.

ARTICLE II.

Symptômes généraux.

Ils dérivent de la pertubation profonde que porte dans l'innervation l'effroi instinctif qu'excite l'événement, la violence et la brusque acuité de la douleur. D'autres résultent de l'anémie vasculaire provenant de l'hémorrhagie avec épanchement. Ainsi se manifestent des spasmes variés, des vomissemens, l'affaiblissement du pouls, des palpitations, des pandiculations, des lypothimies, des syncopes plus ou moins fréquentes ou mortellement prolongées, ou bien des convulsions, dernière réaction de la vie qui s'échappe.

De tous les phénomènes que nous venons d'énumérer, il n'en est qu'un petit nombre de spéciaux et sur lesquels on puisse fonder un diagnostic certain des ruptures de l'utérus; ils supposent que la grossesse est déjà assez avancée. Ainsi, 1° les changemens appréciables dans la forme et le volume de la matrice, à la suite d'une douleur subite, succédant elle-même à l'action d'une des causes déterminantes de ce genre d'accident ; 2° les phénomènes concomitans résultant des changemens de rap-

ports du fœtus avec l'utérus, changemens qui ne peuvent être appréciables que quand il a déjà acquis un certain développement.

Tous les autres phénomènes, tant locaux que généraux, ne fournissent que des lumières bien incertaines, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les prenne en masse. Aussi, comme eux seuls sont appréciables dans les ruptures des premiers mois de la grossesse, il est difficile de savoir si alors ils sont dus à cet événement, ou s'ils ne dépendent pas d'autres états pathologiques qui sont également susceptibles de les produire. Dans le plus grand nombre de cas publiés, l'ouverture du corps a seule révélé d'une manière irrécusable la nature et le siége de l'accident.

Je ne parlerai pas des ruptures ou perforations des organes ou viscères abdominaux autres que l'utérus, et qui provoquent les mêmes phénomènes communs, locaux ou généraux. On peut encore établir sur les antécédens une présomption diagnostique assez plausible. Mais il n'en est pas tout-à-fait de même relativement à la rupture des kystes qui renferment le fœtus et ses dépendances dans les cas de grossesse extra-utérine, surtout tubaire. Outre qu'ici les phénomènes sont absolument les mêmes que quand la rupture affecte l'utérus, la circonstance commémorative d'un état présumé de grossesse ajoute encore à la difficulté du diagnostic. Les conséquences relatives à ce que devient le fœtus étant aussi les mêmes, il en résulte que la plupart des faits extraordinaires de ces perturbations de la grossesse peuvent être rapportés avec autant de fondement à la rupture de l'utérus qu'à celle d'un kyste fœtal extra-utérin, et *vice versâ*. Je noterai cependant quelques circonstances d'après lesquelles on pourrait encore, sinon toujours, du moins dans quelques cas, présumer avec assez de fondement la nature de la grossesse et le siége de la rupture. Ainsi, dans les grossesses extra-utérines, on observe en général la persistance des règles : les seins ne subissent pas de changemens ; l'utérus n'a pas présenté avant l'événement un développement en rapport avec l'époque présumée de la gestation. La tumeur abdominale s'élève aussi plus tôt et plus rapidement dans les grossesses extra-utérines ; elle occupe moins la ligne médiane, et paraît plutôt s'élever d'une des fosses iliaques. Elle est bosselée, inégale. Le col utérin, ordinairement dévié d'une manière anormale, ne présente pas non plus les modifications que lui imprime le développement de l'utérus dans l'état de grossesse ordinaire. Les accidens sympathiques, tels que les nausées, les vomissemens, sont aussi plus intenses. Enfin, la rupture du kyste est le plus souvent spontanée ; elle s'opère aussi le plus ordinairement lentement.

Au reste, comme les résultats sont les mêmes, que l'épanchement du sang et du produit de la conception provienne d'une rupture de l'utérus ou d'une rupture d'un kyste de grossesse extra-utérine, les indications thérapeutiques sont aussi communes à ces différens cas. Conséquemment leur diagnostic différentiel importe peu à la pratique.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PRODUITES PENDANT LA GROSSESSE.

Le pronostic des ruptures de l'utérus pendant la grossesse est des plus fâcheux ; car, excepté quelques cas rares, où une guérison plus ou moins chèrement achetée a eu lieu, on ne voit dans les faits publiés sur ce sujet que des résultats nécropsiques. Peut-être sauverait-on quelques victimes de plus, si on était appelé à temps et si on cherchait à prévenir la manifestation imminente des accidens, ou à modérer leur développement par un traitement rationnel et bien dirigé.

C'est vers ce but d'un intérêt si majeur que nous allons maintenant diriger nos recherches.

ARTICLE PREMIER.

Traitement préservatif.

Dirons-nous que le traitement préservatif consiste à éloigner, écarter, éviter les causes capables de provoquer la rupture ? conseil sage, mais dont on ne peut tirer parti contre un accident dont les causes prédisposantes ne sont ordinairement appréciables qu'après la mort, et qui lui-même arrive à l'improviste, sous l'influence de causes déterminantes qui, par leur brusquerie, échappent à toute prévoyance. Le traitement préservatif se borne donc à la plus stricte observation des règles de l'hygiène spéciale des femmes enceintes.

ARTICLE II.

Traitement curatif.

Les dangers que court la femme ne proviennent pas de la lésion de continuité de l'utérus, plaie que l'on sait être en général bénigne, quelle que soit la cause accidentelle ou artificielle qui l'ait produite. Ils dépendent des résultats de la rupture, savoir : la perturbation de l'innervation, l'hémorrhagie, la mort et l'altération du produit de la conception retenu dans l'utérus, sa chute dans la cavité abdominale, et consécutivement l'inflammation du péritoine et des viscères abdominaux, et enfin les abcès et dépôts provenant, soit de ces inflammations, soit de la décomposition des matières et des corps épanchés.

Nous croyons devoir, pour mieux préciser les indications thérapeutiques, rapporter tous les cas possibles de ruptures utérines pendant la gestation, à deux séries.

A la première nous rattachons les ruptures arrivant à une époque déjà avancée de la grossesse, alors que cet état n'est pas douteux, et que l'accident lui-même peut être assez clairement reconnu.

Nous rangeons dans la seconde les ruptures des premiers temps de la grossesse, et alors qu'il y a doute sur la nature ou le siége de l'accident.

Dans les cas de la première série, nous supposons d'abord qu'on est appelé avant que rien de bien considérable du contenu utérin ne soit passé dans la cavité abdominale, ou bien l'épanchement est déjà opéré. De là deux subdivisions. Examinons les indications spéciales que présentent chacune de ces séries, et quels sont les moyens de les remplir le plus efficacement.

1re Série. — La grossesse est déjà avancée; elle a atteint ou dépassé le sixième mois, l'enfant est présumé viable; la femme vient d'être exposée à une de ces violences externes que l'on sait pouvoir occasioner la rupture de l'utérus. Les premiers phénomènes et l'exploration abdominale accusent, avec toute la certitude possible, que cet accident existe. Les indications peuvent être modifiées, selon que rien encore du contenu utérin n'est tombé dans l'abdomen, ou que l'enfant y a passé.

§ 1er. On peut assurer que rien encore de bien notable, soit en sang, soit de l'œuf humain, n'est tombé dans l'abdomen, ou qu'une partie peu considérable de ce produit de la fécondation fait seulement saillie à travers la crevasse: que faire alors? Attendra-t-on qu'une hémorrhagie, qui peut être promptement mortelle, se déclare, ou que la chute du fœtus et de ses dépendances ne développe dans l'abdomen d'autres et non moins formidables accidens?

Les exemples de femmes qui ont survécu à la rupture de l'utérus, et sans qu'elle ait eu de résultats consécutifs redoutables, parce que les bords de la plaie ont pu se resserrer ou s'enflammer, adhérer aux parois abdominales, y déterminer une ulcération qui a pu servir de communication avec la cavité utérine, et de voie d'élimination de son contenu; ces exemples sont trop rares, et les circonstances qui pourraient conduire à une aussi heureuse terminaison, trop éventuelles pour que l'on puisse compter sur cette bienfaisante marche de la nature.

A. *Gastrotomie, Gastro-Hystérotomie.* La gastrotomie, bien qu'elle ait aussi ses dangers, nous semble devoir offrir plus de chances favorables que cette expectation. Combien d'accidens consécutifs n'éviterait-on pas si on avait recours plus franchement à cette opération! Si elle convient alors comme moyen le plus favorable pour la mère, elle n'est pas moins impérieusement indiquée pour la conservation de l'enfant, et d'autant plus que l'on sera plus près du terme de la grossesse.

On doit tenir compte, en faveur de la gastrotomie, dans ce cas, de pouvoir la pratiquer en temps opportun, avant que les désordres plus ou moins profonds qu'occasionerait l'épanchement imminent de sang ou du produit de la conception, ne viennent ajouter aux propres dangers de cette opération, et réduire les chances favorables. Ne serait-ce rien d'ailleurs que de pouvoir choisir, jusqu'à un certain point, le lieu le plus avantageux pour l'incision des parois abdominales, tandis que plus tard la situation de l'épanchement sanguin ou du fœtus assignera une place moins favorable pour l'opération et ses suites ? Les parois abdominales étant ouvertes, on irait saisir l'enfant dans l'utérus à travers la rupture, ou on agrandirait celle-ci dans les cas où elle ne serait pas suffisante pour permettre l'extraction.

En donnant ainsi à la matrice la facilité de revenir sur elle-même, on prévient plus efficacement l'hémorrhagie.

L'indication de la gastrotomie n'est cependant pas tellement rigoureuse qu'on ne puisse y apporter quelque restriction.

Prévenu que l'on est des dangers qui menacent, on peut encore respecter le calme trompeur qui les dissimule: mais on serait coupable si on n'était pas prêt à agir dès que quelque signe annonce leur explosion. On peut alors mettre ce temps à profit pour avoir recours à quelques moyens prophylactiques des accidens qui grondent.

B. *Expectation.* Le repos absolu et dans une position telle que la rupture occupe la partie la plus élevée; une compression méthodique, pourvu qu'elle puisse agir directement sur cette rupture; la saignée, l'application du froid et même de la glace sur la région lésée; quelques préparations calmantes et opiacées, une alimentation légère, etc; tels sont les moyens qui me paraissent d'abord indiqués en pareille circonstance pour combattre ou prévenir les troubles funestes de l'innervation, l'hémorrhagie et l'inflammation.

C. *Délivrance par les voies naturelles. Dilatation forcée du col utérin.* Peut-être devrait-on encore alors tenter la délivrance par les voies naturelles, si, par exemple, la grossesse n'était pas bien éloignée de son terme, si le col utérin ne présentait pas trop d'épaisseur, si les orifices étaient dilatables, dût-on même forcer la résistance qu'oppose alors le col non encore suffisamment effacé. A ce sujet, je ferai remarquer que l'épaisseur et la longueur du col utérin sont loin d'être des obstacles insurmontables à sa dila-

tation. Ces parties ont résisté à une violence brusque, elles céderont à une distension graduelle, bien que faite dans un temps assez court. En voici un exemple :

30e Observ. —Facilité de la dilatation du col utérin non encore effacé.

Je fus appelé par M. le docteur C., rue Geoffroy-Langevin, pour assister aux derniers momens d'une femme israélite, rachitique, et qui succombait à une hypertrophie du cœur. Elle était enceinte de huit mois ; plusieurs accouchemens précédens, heureusement et naturellement terminés, indiquaient que le bassin ne partageait pas la déformation très-considérable du corps. Il nous sembla que l'enfant donnait encore quelques signes de vie, quoique bien obscurs.

La femme expirait. L'opération césarienne était indiquée ; mais il fallait le consentement de la famille, et sa religion ne permettait pas que l'on portât l'instrument sur un corps mort ; nous avions dû fonder notre proposition sur cet état, l'opération ne pouvant plus être préjudiciable à la mère, et pouvant sauver l'enfant. Mon confrère, de la même religion, hésitait. Impatient de délais si dangereux, et ne prévoyant pas pouvoir vaincre de tels scrupules, j'introduisis la main dans le vagin. Je sentis le col utérin saillant de quelques lignes, et permettant à peine l'introduction du doigt dans l'orifice externe ; son extrémité se trouve bientôt arrêtée par l'orifice interne. Tel était aussi l'état dans lequel M. le docteur C. avait trouvé ces parties peu avant mon arrivée. Je parvins cependant à faire pénétrer d'abord le doigt indicateur jusqu'aux membranes, et, en lui imprimant alors un mouvement circulaire de plus en plus excentrique, je pus, avec beaucoup plus de facilité que j'étais loin de l'espérer, obtenir assez promptement une dilatation suffisante pour introduire deux, puis trois doigts, et successivement toute la main. Les obstacles semblaient diminuer à mesure que j'avançais. Je sentis la tête de l'enfant que je refoulai pour opérer la version. J'amenai très-facilement un enfant du sexe masculin : il ne donnait aucun signe de la vie. Le cœur ne présentait même plus de ces mouvemens rares et lents qui laissent encore quelque espoir. Cependant l'opération n'avait guère duré plus de quatre minutes, à dater de l'instant où j'introduisis le doigt dans l'orifice utérin.

On pourra dire que la mort avait diminué, chez cette femme, la résistance du col de la matrice, mais nous rappellerons que cette résistance tient à deux causes : à l'organisation même du tissu du col, *résistance passive*, à la propriété que, comme le reste de l'utérus, il a acquise de se contracter, *résistance active*. Celle-ci ayant été détruite avec la vie, je n'avais donc à vaincre que la résistance organique ou de tissu. Mais je ferai observer 1° que la résistance active durant la vie n'est pas continuelle ; elle n'a lieu que pendant les contractions utérines ; or, quand l'événement arrive, l'utérus est encore dans son repos léthargique : on l'éviterait d'ailleurs en agissant dans l'intervalle de ces contractions ; 2° qu'il est bien reconnu que le col utérin se compose de fibres plus blanches, moins nombreuses et moins fortes qu'au corps de l'organe, et qu'elles ne jouissent qu'à un bien plus faible degré de la contractibilité active. Et en effet, dans les cas qui nécessitent promptement la version de l'enfant pendant l'accouchement, il arrive souvent que le col est encore dur, épais, en apparence très-difficilement extensible ; et cependant on parvient toujours assez facilement à vaincre cette difficulté.

Je crois donc qu'il faudrait, dans les cas qui nous occupent, et avant de recourir à d'autres mesures plus graves, examiner au moins s'il ne serait pas possible de délivrer la femme par les voies naturelles. Je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité de maintenir pendant la manœuvre les parois abdominales convenablement appliquées sur la matrice, et de diriger surtout la compression vers l'endroit où l'on présume qu'existe la rupture.

Ici se présente encore un autre procédé qu'indiquerait, dans le même but, la trop grande résistance du col.

2. *Débridement du col.* Lorsque cette partie, frappée d'induration ou d'une rigidité insolite, oppose un trop grand obstacle à l'accouchement arrivant à terme, on donne alors comme précepte de porter le bistouri pour agrandir l'orifice. On fait même alors une loi de ce procédé, pour éviter la rupture du corps de la matrice, dans le cas où elle serait imminente. On ne voit dans cette opération que peu d'inconvéniens, ou bien on met avec raison les dangers qu'elle pourrait présenter bien au-dessous de ceux qui résulteraient de la rupture de la matrice et de la chute de l'enfant dans la cavité abdominale.

Quels plus grands inconvéniens, quels dangers plus graves résulteraient de cette même opération, appliquée aux cas qui nous occupent ! Quels rapports moins favorables pour elle se présentent entre ces dangers et ceux qui résulteront de l'épanchement du sang, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale.

3. *Hystérotomie vaginale.* Si le col était trop incliné en arrière et en haut pour être suffisamment accessible au toucher ou à la portée des instrumens, on parviendrait jusqu'au fœtus en incisant la paroi antérieure du col ou du segment inférieur de l'utérus, laquelle bombe alors au fond du vagin.

§ 2. Tout ou partie du contenu utérin est tombé dans l'abdomen. Dans ces cas, la gastrotomie est formellement indiquée pour débarrasser l'abdomen des matières qui y sont tombées ou épanchées; obligatoire dans l'intérêt de la mère, elle le devient plus encore si l'événement est arrivé à une époque de la grossesse à laquelle l'enfant est viable.

On pourrait, je crois, avec moins d'inconvéniens encore, tenter la délivrance par la gastrotomie vaginale ou rectale, comme on l'a proposée et employée même avec succès dans des cas de grossesses extra-utérines.

IIe Série. — Je rapporte à cette série tous les cas de rupture arrivant à une époque peu avancée de la gestation; que la rupture ait eu lieu à la matrice ou qu'elle provienne d'une grossesse extra-utérine, dans les deux cas le pronostic est également grave, et les indications sont les mêmes.

1re *indication. Gastrotomie.* — La première indication qui se présente est de pratiquer aux parois abdominales une voie à l'extraction des corps épanchés. Dans ces cas, la gastrotomie ne constitue qu'une opération peu grave par elle-même, elle ne serait pas plus dangereuse ici que quand on l'applique à certaines cas de hernies. Elle offre quelques chances de succès, tandis que si on abandonne la malade à elle-même, elle est vouée à une mort presque certaine. En supposant que l'on se soit mépris sur le siége de la rupture, elle donnera toujours la facilité de débarrasser l'abdomen des matières épanchées, quelles qu'elles soient, de reconnaître l'organe perforé; et si par hasard c'était la vessie, les intestins, etc., elle permettrait d'appliquer la suture à l'ouverture, et d'opposer ainsi une digue efficace à tout épanchement ultérieur.

Si la rupture a réellement son siége à l'utérus, quelques circonstances peuvent favoriser le succès de la gastrotomie. Ainsi, tout le contenu utérin a pu être expulsé, et alors le retrait de cet organe a mis un terme à la récidive ou à la continuation de l'épanchement sanguin. Mais combien reculeront devant la crainte d'assumer sur eux, par une opération chanceuse, la responsabilité que l'ignorance, les préjugés, l'envie et la jalousie font peser sur le praticien qui ne réussit pas! L'exemple de Baudelocque et de plus récens encore sont bien propres à retenir les plus consciencieusement intrépides. Heureusement qu'il est encore possible d'arriver à quelques résultats avantageux par d'autres moyens que par l'opération. Nous avons signalé un certain nombre d'exemples de guérison de ces épanchemens intra-péritonéaux: que n'est-on pas en droit d'espérer d'un traitement bien raisonné et habilement employé?

Trois nouvelles indications se présentent ici:

1o Prévenir ou arrêter les troubles de l'innervation; 2o modérer et empêcher l'hémorrhagie et l'épanchement; 3o prévenir et combattre l'inflammation.

2e *indication.* — La susceptibilité du système nerveux imprime chez la plupart des femmes une sorte d'exagération aux impressions vives qu'elles reçoivent et aux phénomènes réactifs qui en résultent. Les nerfs s'irritent; les organes musculaires, ceux mêmes de la vie intérieure s'ébranlent convulsivement; le moral se frappe. Ces effets sont plus marqués encore quand l'impression est subite, insolite, comme il arrive dans les ruptures internes, et notamment dans celles de l'utérus. Aussi les désordres provoqués par cet événement éclatent-ils souvent avec violence. La malade est frappée d'effroi; elle est prise de tremblement, de syncopes, de convulsions; il survient des palpitations, des vomissemens. Ces phénomènes, les premiers qui apparaissent, et qui parfois menacent plus immédiatement les jours de la femme, doivent tout d'abord attirer l'attention du praticien, quel que soit d'ailleurs le parti qu'il croira devoir prendre.

On s'attachera donc à relever le moral, instinctivement frappé de crainte et d'inquiétudes. On recourra aux antispasmodiques diffusibles, que l'on administrera par inspiration, en friction et par les voies digestives. Ainsi l'éther, les eaux spiritueuses, les infusions aromatiques de feuilles d'oranger, de tilleul, animées par l'eau de menthe, de mélisse. Les préparations opiacées conviennent aussi alors. Je ferai observer toutefois que les phénomènes spasmodiques ne sont dangereux que quand ils sont trop exagérés; que, dans de certaines limites, ils ont pour avantage, en suspendant la circulation capillaire, d'arrêter ou de prévenir les hémorrhagies; que les antispasmodiques ayant pour effet de ranimer aussi cette circulation, il est par conséquent nécessaire de mettre une certaine réserve dans leur emploi pour les cas qui nous occupent.

3e *indication.* — Mais le plus redoutable des résultats de la rupture utérine est sans contredit l'hémorrhagie. Tous les moyens que l'art possède doivent être mis en usage pour la combattre.

A. *Compression.* — On ne peut employer ici qu'une compression médiate. Elle doit être appliquée largement et également, de manière à embrasser toute la surface de l'abdomen, et être dirigée surtout dans la direction du bassin. En appliquant les parois abdominales contre la matrice, en y refoulant les intestins, cette compression agit sur le siége de la rupture, et oppose une digue directe à la perte sanguine. En même temps, la cavité abdominale rétrécie ne laisse plus d'espace au progrès de l'épanchement, auquel résistent aussi ses parois ainsi maintenues.

B. — La compression de l'aorte abdominale, si le développement du ventre ne s'y oppose pas, est aussi un moyen efficace de mettre un terme à l'hémorrhagie utérine.

C. *Réfrigérans.* — Le froid a pour effet de modérer, de suspendre même la circulation, non seulement dans les vaisseaux capillaires, mais aussi dans les branches et les troncs artériels qui les alimentent. Ainsi, dans les méringo-cérébrites des enfans, la face est animée, les yeux sont injectés, les carotides et les temporales battent avec une redondance qui contraste souvent avec les pulsations des artères des autres régions. Eh bien ! l'application large de la glace sur la tête ne fait pas seulement pâlir les tissus, on sent les pulsations temporales et carotidiennes baisser graduellement et tomber même à un degré plus faible que dans l'état normal. Voilà pourquoi le froid peut être tout aussi efficace dans les hémorrhagies traumatiques que dans celles capillaires, double caractère que présentent celles qui résultent d'une rupture de l'utérus. Ici le froid arrête l'hémorrhagie en diminuant, en suspendant la circulation, et en favorisant la formation d'un caillot protecteur.

D. — Il est d'observation que toutes les fois que le sang trouve une issue facile hors de ces canaux, il tend à s'en échapper jusqu'à ce que l'hémorrhagie cesse par défaut de matériaux. Il s'épanche jusqu'à la dernière goutte. Une piqûre de sangsue a plus d'une fois suffi pour épuiser tout le système circulatoire, et occasioner la mort par anémie dans un espace de temps assez court.

Lorsque le siége de ces hémorrhagies est hors de la portée des moyens directs susceptibles de les arrêter, on a encore les moyens indirects, qui ont pour but de détourner le mouvement circulatoire par la saignée dérivative, par exemple, ou d'appeler activement le sang dans d'autres parties que celles vers lesquelles il est fatalement entraîné. Ainsi, 1° on le retient dans les membres par une compression circulaire qui, portant seulement sur les veines dépressibles, laisse au sang la liberté d'arriver par les artères, et l'empêche de retourner au cœur; 2° on l'appelle dans les parties éloignées en excitant la circulation capillaire par les frictions plus ou moins excitantes, les rubéfians, les ventouses, les applications chaudes. Ces médications sont donc essentiellement applicables aux cas qui nous occupent.

4e *indication.*—L'état général des forces réclame aussi l'attention du praticien. Si elles sont trop épuisées par la force des douleurs et l'abondance de l'hémorrhagie, elles ne pourraient fournir à cette réaction excentrique si nécessaire. Il faut donc les relever alors, mais avec précaution, par quelques cuillerées de bouillon, de vin même.

Je suis persuadé que si on appliquait à temps et convenablement les médications que nous venons d'indiquer aux cas de rupture prématurée de l'utérus pendant les premiers temps de la grossesse, on en obtiendrait des effets avantageux. Ne gagnât-on que d'éloigner l'explosion des accidens et le moment de leur terminaison funeste, ce serait encore beaucoup. Pendant ce temps, la réflexion éclaire, la nature peut faire naître quelque autre indication favorable. Dans tous les cas, on a agi rationnellement, et on n'est pas resté spectateur oisif ou incertain de dangers aussi imminens.

5e *indication.* — *Prévenir et combattre l'inflammation.* On a évité l'explosion de ces premiers accidens, on a entravé avec succès leur marche funèbre : tout n'est pas fini pour la malade ni pour le médecin. De nouveaux et souvent non moins redoutables événemens conspirent contre elle; lui, doit être prêt à les prévenir et à les combattre. En effet, une inflammation plus ou moins violente, plus ou moins rapide va frapper la matrice déchirée, le péritoine irrité par la présence de ses nouveaux hôtes, les viscères gênés par leur poids. Il importe donc d'en prévenir le développement, de la maintenir dans des bornes innocentes.

Les moyens que nous avons opposés à l'hémorrhagie auront déjà pu agir comme prophylactiques de l'inflammation, état pathologique indiqué par la concentration des mouvemens vitaux, circulatoires et nerveux. Ici donc se trouveront appropriées, au début, les applications locales plutôt froides que chaudes; les boissons adoucissantes, également tièdes; les lavemens par quart, de même nature; les excitans dérivatifs extérieurs. Plus tard, les saignées générales d'abord, puis locales. C'est surtout par la perfection du traitement antiphlogistique que notre époque excelle; de plus amples détails seraient donc inutiles ici.

Que ne peut-on pas espérer d'un traitement rationnel et sagement dirigé dans des cas où la nature a suffi quelquefois seule, ou peut-être malgré des moyens aveuglément ou intempestivement employés ! Par les moyens que nous venons d'indiquer, on écarte les accidens immédiats, on maintient les organes abdominaux dans leur système physiologique, qui les rend aptes à supporter sans danger la présence des corps étrangers épanchés; on retient ou on réduit l'inflammation à un degré juste favorable à la formation d'une pseudo-membrane kystoïde, laquelle, isolant ces corps épanchés, empêche qu'ils n'exercent à l'avenir des impressions funestes par leur contact immédiat. On gagne ainsi le temps plus ou moins éloigné où la nature manifeste l'intention de se débarrasser de ces corps, ou indique elle-même le lieu le plus favorable pour en opérer l'extraction.

TROISIÈME SECTION.

DES RUPTURES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Dans les ruptures de la grossesse, la matrice joue un rôle entièrement passif. Ses parois ne jouissent que de propriétés organiques au tissu, qu'elles opposent plus ou moins efficacement aux causes déterminantes, lesquelles leur sont appliquées du dedans, et le plus souvent du dehors. Pendant l'accouchement, la scène change. La faculté que le viscère a acquis de se contracter, entre en exercice. Destinée à opérer l'expulsion du produit de la conception par des voies naturellement disposées en conséquence, c'est elle désormais qui va devenir cause déterminante des ruptures. Du moins cet organe joue, dans le plus grand nombre des cas, le rôle actif dans la production des ruptures qui arrivent pendant le travail de l'enfantement, et devient ainsi l'artisan de sa propre lésion. On pourrait donc distinguer les ruptures de la matrice en général en ruptures actives, ou qui arrivent pendant et par le travail de l'enfantement, à quelque époque de la grossesse qu'il se manifeste, et en passives, ou celles qui arrivent hors le temps du travail, ou, pour mieux dire, pendant l'absence et sans la participation des contractions utérines.

Et remarquez en effet que la matrice rentrant dans l'intervalle des contractions à marche constamment intermittente, dans les dispositions qu'elle présentait hors le temps du travail, cet organe se trouve comme alors également exposé aux ruptures passives. Les mêmes causes produiront alors les mêmes effets. En outre, les causes extérieures viennent souvent, pendant le travail de l'accouchement, prêter leur funeste appui, et déterminer des ruptures qui peut-être n'eussent pas été produites par l'action seule de la matrice. Nous aurons occasion d'en citer des exemples.

On observera que si l'utérus, au terme de la grossesse, présente par son développement plus de prise à l'action des violences rupturantes extérieures, elle en élude plus facilement les effets, soit par la plus grande souplesse de ses parois pendant le repos, soit par la résistance que lui donnent les contractions énergiques pendant le travail de parturition.

Un mot sur la manière dont se comporte normalement l'utérus pendant et pour le travail de l'enfantement nous rendra plus facile à concevoir et à expliquer le mécanisme des ruptures qui arrivent à cette occasion.

Comme tous les muscles creux, les parois utérines ne peuvent se contracter sans tendre à diminuer la capacité qu'elles circonscrivent, sans comprimer les corps que leur cavité contient. Si ce corps n'est pas ou n'est que peu compressible, et c'est le cas dans lequel se trouve l'œuf humain, il résiste donc, et cette résistance aboutirait à ne produire aucun résultat; si les parois utérines formaient un tout continu, ayant dans tous ses points la même puissance et la même résistance, cet organe finirait par se fatiguer; il cesserait de se contracter et tomberait dans l'inertie. C'est exactement ce qui se passe dans la plupart des accouchemens laborieux, quand il existe, du côté du col, du bassin ou du vagin, un obstacle absolu ou relatif au volume ou à la position de l'enfant, et proportionné à la force des contractions utérines. Après un travail plus ou moins long, la matrice cesse d'agir, jusqu'à ce que le repos lui ait rendu sa première énergie.

Mais le plus ordinairement ces obstacles n'existent pas ou ne sont pas proportionnés à la force des contractions destinées à les surmonter. Le col utérin, aminci par les progrès de la grossesse, n'offre, quand arrive le terme de l'accouchement, que peu de résistance; d'ailleurs cette partie n'étant pas douée d'une force contractile comparable à celle que possède le corps de la matrice, n'oppose qu'une résistance en grande partie passive à la puissance si active, si énergique des contractions de cet organe.

C'est donc vers cette région que se porte tout l'effort de réaction du produit de la conception; il a pour résultat la dilatation, l'élargissement de ses ouvertures, et l'expulsion du fœtus.

Voyons maintenant quelles conditions anormales, quelles circonstances particulières viennent, en entravant cette marche naturelle, mettre l'utérus en butte aux ruptures. Nous avons fait pressentir que ces accidens présentent des différences relatives à leurs causes, a leur mécanisme, à leurs résultats, selon qu'ils affectent le corps ou le col de cet organe, et dans cette dernière partie, selon qu'elles sont verticales ou transversales; nous en ferons donc l'objet de trois divisions.

PREMIÈRE DIVISION.

RUPTURES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

On doit inférer de ce que nous venons de dire sur les accouchemens laborieux, que la violence des contractions utérines ne suffit pas pour déterminer la rupture du corps de la matrice, quel que soit aussi l'obstacle qui s'oppose au résultat ordinaire du travail parturitif, dans les cas les plus ordinaires où il existe une égale résistance organique, et une puissance contractile également répartie dans toute l'éten-

due des parois utérines. Et en effet l'œuf humain, comprimé de toutes parts, reporte sa réaction excentrique sur tous les points des parois qui l'embrassent sans lacunes et l'étreignent uniformément. Mais les choses ne se passent ainsi que quand l'œuf humain reste entier; aussi est-ce sous ce rapport seulement qu'on a dit avec raison que les ruptures de la matrice ne pouvaient se faire pendant le travail de l'enfantement qu'après la rupture des membranes.

Mais c'est à tort que l'on a fait de cette remarque un principe général. Quelques faits prouvent que la rupture de l'utérus peut se faire sans qu'il y ait eu préalablement rupture des membranes ni évacuation des eaux.

31e OBSERVATION.

Une femme, grosse de son sixième enfant et en travail, ressentit tout à coup une violente douleur, et aussitôt les eaux s'écoulèrent avec une grande quantité de sang, provenant d'une déchirure située à la partie inférieure et latérale droite de la matrice, déchirure par laquelle tout le corps de l'enfant pénétra dans la cavité abdominale, tandis que la tête qui avait poussé au-devant d'elle l'orifice de la matrice, resta dans l'excavation pelvienne. On distinguait très-bien tous les membres du fœtus à travers les enveloppes du bas-ventre. On reconnut aussi, en portant la main dans la matrice, que les bords de la crevasse étaient fortement contractés sur le col de l'enfant, et que le placenta était aussi dans l'abdomen. La femme périt vingt-quatre heures après la rupture, sans avoir été délivrée. (Obs. communiquée par Leclerc, ancien *Journal de Méd.*, t. XXV, p. 522.)

Le fait suivant, rapporté par Dionis, dans son *Traité des Opérations chirurgicales* (vol. I, p. 156), paraît encore plus concluant; car, bien que la rupture se fit au sixième mois de la grossesse, comme elle fut produite à l'occasion d'un travail précoce de l'accouchement, par les contractions utérines, elle appartient au sujet présent.

32e OBSERVATION.

Une dame ressentit, au sixième mois de sa grossesse, de fortes douleurs qui durèrent trois ou quatre jours. Alors l'enfant cessa de remuer. Douze jours après, vers les huit heures du soir, elle ressentit de nouvelles douleurs, avec des vomissemens. Dans la nuit, il survint des convulsions, des sueurs froides, un gonflement de l'abdomen, et des faiblesses qui furent suivies de la mort à cinq heures du matin. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'enfant au milieu des intestins, et nageant dans une grande quantité de sang. Le cordon ombilical était intact, et l'arrière-faix adhérait encore à la matrice. Cet organe était divisé à sa partie supérieure en deux corps ayant une ouverture commune dans le vagin. On ne trouva qu'un ovaire et une trompe à chacun. La partie gauche, qui contenait encore le placenta, était déchirée, et les bords en étaient comme hachés. La partie droite renfermait un autre germe fécondé, du volume d'un petit œuf.

Il est évident que dans le dernier cas la rupture de l'utérus a dû précéder l'écoulement des eaux, ou du moins la rupture a-t-elle dû se faire en même temps et aux parois utérines et aux membranes ovoïques.

Au reste, ce n'est le plus communément qu'après l'évacuation des eaux que s'opèrent les ruptures du corps de la matrice pendant le travail de la parturition.

Dans cette circonstance, l'œuf humain a perdu sa forme régulièrement ovoïdale; les membranes, n'étant plus soutenues par le liquide qui les remplissait, cessent de prêter un appui efficace à la résistance propre des parois intérieures. La réaction du produit de la conception aux contractions qui le pressent, n'est plus également excentrique, elle n'est plus également répartie contre tous les points de la surface interne de l'utérus. Quelques uns seulement correspondant aux parties les plus saillantes du fœtus, ont à supporter tout l'effort de pression. Si les contractions sont énergiques, violentes, ces points ne pourront résister, ils se rompront instantanément; si au contraire le travail moins actif se prolonge, la continuité de la répétition de la pression sur les mêmes points y développe de l'inflammation, de la meurtrissure, du sphacèle, funestes prédispositions qui exposeront les parties qui en sont le siége à se déchirer au plus léger effort.

Observez que pendant que les parties de l'utérus non soutenues par les membranes et les eaux, conservent toute leur énergie contractile, et acquièrent même de nouvelles forces, par cela que là les parois peuvent revenir plus facilement sur elles-mêmes, les points pressés au contraire par les parties saillantes de l'enfant ne peuvent toujours obéir au même retrait qui équilibrerait leur résistance organique, ni même se contracter avec une force égale à celle du reste de la matrice; ces parties se trouveront donc réduites à un état de faiblesse absolue ou relative, désormais facile à vaincre.

33e OBSERVATION.

Stalpart Wander Wiel rapporte qu'une femme de quarante ans, dont tous les accouchemens avaient été laborieux, périt au sixième, après trois jours de douleurs. On trouva le fond de l'utérus déchiré, et le fœtus, qui était très-fort,

avait passé dans l'abdomen avec une quantité prodigieuse de sang (*Obs. rar. de méd.*, IIe partie, obs. XXX).

34e OBSERVATION.

Le 8 septembre, on fit l'ouverture du corps de la femme d'un artisan, âgée de vingt-sept ans, bien conformée, déjà mère de deux enfans, et morte la veille pendant le travail d'un accouchement laborieux, avec implantation du placenta sur l'orifice utérin, travail qui avait duré 48 heures. La patiente était morte à la suite des plus violentes douleurs. Le vagin semblait avoir éprouvé quelque délabrement du côté gauche. L'enfant était passé en entier dans l'abdomen. Le côté droit seul de la matrice était dans un état d'intégrité, et revenu sur lui-même. Le côté gauche, très-distendu, très-aminci, était dilacéré, et sous forme de bandelettes. (P. M. Nauches, *Des Malad. de l'Utérus*, p. 216.)

CHAPITRE Ier.

CAUSES ET MÉCANISMES.

La condition première des ruptures du corps de la matrice, pendant ou par le travail de parturition, consiste dans les obstacles qu'opposent à la sortie du fœtus les voies qu'il doit traverser. Les unes dépendent du fœtus, de son volume, de sa position vicieuse; d'autres, des voies de la parturition elles-mêmes: ainsi, l'endurcissement du col utérin, l'occlusion de ses orifices, le rétrécissement du vagin, un bassin étroit ou mal conformé. Mais comme c'est principalement sur la production des ruptures du col que ces prédispositions agissent, il en sera plus amplement question à l'occasion de celles-ci.

Remarquons toutefois que la rupture des membranes, la perte des eaux, les obstacles à la sortie de l'enfant, ne déterminent pas toujours la rupture de la matrice, comme le prouvent tous les jours les accouchemens rendus très-laborieux par suite de ces circonstances défavorables. On a vu, dans ces cas, la mort de l'enfant en résulter, et son cadavre être conservé dans l'utérus pendant un temps plus ou moins long, sans que la matrice en ait été affectée. (Bonet, Chéselden.)

Il faut ordinairement le concours ou la coïncidence de quelques conditions particulières pour que cet événement déplorable ait lieu. Ces conditions résultent de la diminution dans la résistance d'un point plus ou moins étendu des parois utérines: elles constituent les causes prédisposantes essentielles.

ARTICLE PREMIER.

Causes prédisposantes.

Ces conditions se rapportent à quatre séries bien distinctes, selon leur nature différente: 1° diminution d'épaisseur ou amincissement des parois utérines; 2° perte de consistance du tissu utérin; 3° absence de leur faculté contractile, ou paralysie; 4° altération, même avec augmentation, de volume ou de consistance de tissu, mais ayant détruit la faculté contractile.

§ Ier. *Amincissement des parois utérines.* L'amincissement d'une portion plus ou moins étendue des parois utérines, en diminuant et sa résistance organique, et sa résistance active ou contractile, expose cette partie à céder en se rompant à la pression qu'exercent sur elle les régions contiguës du fœtus pendant les contractions énergiques du reste de l'organe. Cet amincissement reconnaît différentes causes.

A. On a donné à entendre que cet amincissement pouvait être originel, provenir d'une inégalité native de développement des parois utérines; en un mot, constituer un vice primitif de conformation. Mais cette opinion a plutôt été supposée que fondée sur des faits. Dans ceux qui lui ont servi de base, l'amincissement pouvait provenir de la pression d'une partie du fœtus pendant un travail laborieux ou prolongé.

Au reste, voici une observation citée comme exemple, mais qui paraît tellement inconcevable, que nous n'en garantissons pas l'authenticité.

35e OBSERVATION.

Une femme enceinte, dit Sue, d'après le *Journal d'Edimbourg*, et qui sentait depuis trois jours des douleurs pour accoucher, en éprouva de si violentes, qu'il se fit une rupture avec bruit des parois du bas-ventre et de la matrice. Le ventre s'ouvrit dans la région du nombril par une crevasse qui se prolongea inférieurement du côté gauche jusque vers le pubis. Le fœtus sortit avec le placenta par cette crevasse, et cette femme, abandonnée en quelque sorte aux soins de la nature et d'une sage-femme, fut guérie par des pansemens simples.

B. M. Planchon (*Traité complet des opérations césariennes*) prétend que les orifices de Fallope sont très-fréquemment dilatés pendant la grossesse, et que cette dilatation, en rendant les points correspondant de l'utérus plus faibles, doit être une des causes prédisposantes les plus fréquentes de la rupture de cet organe. Les faits, selon la remarque judicieuse de M. Deneux, sont en opposition avec cette opinion. Nous dirons cependant qu'il se peut que la rupture envahisse et l'utérus et l'une des trompes; mais

c'est qu'alors il existerait une de ces grossesses utéro-tubaires dans lesquelles le fœtus se serait développé en partie dans une trompe et en partie dans la cavité utérine, ainsi qu'en rapportent des exemples Patune (1), Laugier (2), Hay (3), M. Herbin (4), M. Mondat (5); et encore n'y eut-il pas de rupture dans ces cas.

L'observation de M. Planchon paraîtrait devoir se rapporter à ce genre de grossesse.

36e Observation.

Lorsque cet accoucheur fut appelé, le bras de l'enfant était engagé dans le vagin. En introduisant la main dans la matrice pour faire la version, il s'aperçut qu'elle était déchirée dans une étendue de deux pouces environ; mais comme aucune partie de l'enfant n'y était engagée, il termina l'accouchement par les voies ordinaires. Après une série d'accidens indiquant une inflammation métro-péritonéale, qui parurent diminuer, le ventre s'éleva du côté gauche, et on signala une tumeur douloureuse située profondément dans la fosse iliaque correspondante. La vessie laissa échapper, par la suite, de la sérosité grisâtre et infecte; la pression méthodique de la tumeur, qui avait acquis du développement en hauteur, en faisait jaillir du pus. Mort le cinquantième jour. A l'ouverture du cadavre on trouva un trou assez rond vers l'insertion de la trompe gauche: celle-ci avait la grosseur de l'avant-bras, et représentait un sac oblong rempli d'un pus grisâtre très-délayé et fétide. Le sommet de ce sac était criblé de petits trous qui avaient laissé épancher du pus dans l'abdomen. On en trouva environ deux livres.

C. On a dit aussi que l'amincissement pouvait provenir de l'usure, d'une sorte de feutrement des parois utérines, provenant de la compression exercée sur elle pendant la grossesse, soit par suite de la position vicieuse de l'enfant, soit par le voisinage de tumeurs, ou par la présence de polypes qui se trouveraient refoulés, par le produit de la conception, contre les parois qui lui donnent naissance.

37e Observation.

J'ai accouché une boulangère au moyen du forceps, après douze heures d'un travail des plus laborieux; après la délivrance, j'ai reconnu un polype, du volume d'un œuf d'oie, inséré vers l'angle droit de la cavité utérine; et cependant il n'y eut pas de rupture. Plus tard, ce polype fut enlevé par la ligature.

D. Le plus ordinairement l'amincissement provient de quelque altération, et notamment de blessures auxquelles la matrice a été exposée, soit à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse actuelle, soit pendant une gestation précédente, comme il appert du fait que nous avons donné précédemment.

E. Enfin, une épaisseur plus ou moins considérable du tissu utérin peut avoir été détruite par des abcès intra-pariétaux, des ulcérations syphilitiques ou résultant de l'extirpation de polype à large pédicule, etc.; mais je ne connais pas de fait de ruptures dans lesquelles on ait constaté ces circonstances prédisposantes.

§ 2. *Ramollissement.* Le ramollissement sans changement, ou même avec accroissement d'épaisseur des parois utérines, expose la partie qui en est le siége à être frappée de rupture pendant l'acte parturitif.

Cet état pathologique résulte le plus ordinairement de l'inflammation, qui elle-même peut tenir à une disposition spéciale, comme dans le cas rapporté sous le no 17; ou, ce qui arrive le plus communément, elle a été déterminée par la pression ou autres violences exercées de la part du fœtus mal placé, ou par suite d'un travail vigoureux et prolongé après la sortie des eaux.

La gangrène, provenant des mêmes causes, détruit, comme l'inflammation, la propriété contractile, rend le tissu utérin plus mou, plus fragile; de manière qu'il ne faut qu'un léger effort pour en produire la rupture. Nous aurons occasion d'en citer plus loin de nombreux exemples.

§ 3. *Paralysie, inégalité de contraction des parois utérines.* Quand, pendant les contractions des parois utérines, une partie plus ou moins étendue de ces parois n'y prend pas part, elle supporte tout le poids de la pression du fœtus, et peut en être rompue. Cette non-coopération dépend de ce que chez quelques femmes l'utérus n'est pas naturellement disposé à se contracter également dans toute son étendue. La pression exercée par quelque partie saillante de l'enfant vicieusement placé, en empêchant la participation des points sur lesquels porte cette pression, en est la cause la plus fréquente.

§ 4. La déviation et l'obliquité de la matrice, en changeant la direction des forces expulsatrices, et les portant vers un autre point que celui où se trouve le col, maintient ce point en un état de distension qui l'empêche de participer à la contraction générale. Il supporte passivement tout l'effort et se rompt.

§ 5. Les mêmes résultats ont lieu dans le cas d'utérus double, comme l'atteste l'exemple que nous avons rapporté d'après Dionis, cas dans lequel les efforts d'expulsion s'épuisant en vain

(1) *Epist. contin. Hist. Fœtus, sine involucr.*, etc., 1765.
(2) *Journal de Médecine*, 1674.
(3) *Med. obst. and inqui*, vol. III, 1796.
(4) *Thèse*, Montpellier, frimaire an XII.
(5) *Archives générales*, t. II, 2e série, p. 67.

contre les voies naturelles alors déviées, réagissent sur un point plus ou moins opposé, et y déterminent la rupture.

§ 6. *Altérations organiques augmentant l'épaisseur et même la consistance du tissu utérin, mais le privant de la faculté contractile.* Il semblerait que les altérations qui augmentent la résistance organique des parois utérines devraient préserver de rupture les régions qui en sont affectées. Quelques faits cependant prouvent que ces dispositions pathologiques, loin d'agir comme causes préservatrices, prédisposent au contraire aux ruptures, et que c'est vers elles, plutôt que dans les autres points plus minces des parois de la matrice, qu'ont eu lieu les accidens; et en réfléchissant, on s'explique comment il peut en être ainsi. En effet, la résistance qu'oppose la partie altérée est toute passive. Quelle que soit son intensité, elle a des bornes; elle est limitée, invariable. Qu'est-ce, en comparaison de la puissance active, incommensurable des contractions de tout le reste de l'utérus, dont l'action, aidée des contractions des parois abdominales, pèse, pour ainsi dire, de toute sa force sur la partie qui ne peut participer à cette action générale? C'est la force d'inertie cédant à une force active.

38 OBSERVATION. — Rupture de la matrice dans un point de ses parois qui était squirrheux.

Une dame sentit quelque chose se déchirer dans son corps pendant les douleurs de l'accouchement. Au même instant les douleurs cessèrent. Il survint des faiblesses. Soupçonnant l'accident qui était arrivé, on termina de suite l'accouchement par les voies ordinaires, et on amena un enfant vivant. On s'assura, par le toucher, qu'une large crevasse existait à un des côtés de la matrice, *qui paraissait dure et squirrheuse dans cet endroit.* La femme mourut en peu d'heures. (Mme Lachapelle.)

39e OBSERVATION. — Même cas.

La nommée Bert..., enceinte pour la deuxième fois, était à terme et en travail, quand elle arriva à l'hospice de la Maternité, le 6 fructidor an VIII, vers le soir. Les membranes venaient de se rompre. On sentait vaguement la tête du fœtus au détroit supérieur, qui parut n'avoir que trois pouces d'avant en arrière. Vers une heure du matin, les douleurs redoublent, la tête s'avance dans la deuxième position. Bientôt elle s'arrête, malgré la violence des douleurs auxquelles s'ajouta une sensibilité excessive de l'abdomen, et qu'un demi-bain d'une heure ne put calmer. Les tégumens du crâne de l'enfant s'étaient tellement gonflés et allongés, qu'on pouvait les voir en écartant les grandes lèvres. Fatigue générale; vomissement des boissons. Dans la matinée suspension des contractions utérines; décoloration, affaiblissement du pouls. On transporte la malade dans son lit, et pendant ce mouvement elle se plaint d'un sentiment de déchirure dans l'abdomen et d'une oppression extrême. En touchant alors, on ne sentit plus la tête de l'enfant. Bientôt le placenta, et une partie des membranes, sont expulsés pendant les efforts du vomissement. Mme Lachapelle, appelée, sentit alors les pieds dans la matrice; elle s'en servit pour opérer l'extraction de l'enfant. Il paraissait mort depuis long-temps, bien que la femme ait répété jusqu'au moment de la délivrance qu'elle sentait distinctement ses mouvemens. L'enfant sorti, une membrane flottait à l'orifice utérin; en l'attirant à l'extérieur on reconnut l'épiploon, et on se hâta de le refouler dans l'utérus. La malade succomba vers le milieu du jour.

Examen du cadavre. Sérosité sanguinolente dans l'abdomen; épiploon encore engagé dans la crevasse de la matrice; péritoine rouge; utérus retiré dans l'hypogastre, offrant une déchirure longue de deux pouces, obliquement dirigée en avant et en bas. *Les bords de cette déchirure étaient durs et squirrheux.* (Me Boivin, obs. no III.)

Il est évident que l'étroitesse du bassin, la position relativement vicieuse de la tête, ont été des obstacles suffisans à l'accouchement. Dès lors les contractions énergiques et prolongées de la matrice ont dû reporter leur action sur la partie affectée. Cette action a été augmentée de tous les efforts de vomissemens auxquels cette femme a été en proie du moment que les contractions utérines n'ont plus suffi pour opérer la délivrance. Observons à ce sujet qu'il semble que les vomissemens soient une réserve que la nature emploie pour ajouter ou suppléer à l'action de la matrice. C'est souvent sous leur influence que s'opère la dilatation, jusque là difficile, des orifices; que les membranes résistantes se rompent, et que l'accouchement se termine chez quelques femmes dont l'utérus paraît comme inerte. C'est pendant qu'on la transportait dans son lit que cette femme a présenté les premiers insignes de la rupture: n'est-il pas présumable que quelque mouvement brusque, une position forcée, auront pu provoquer alors l'agrandissement de la déchirure déjà commencée sous l'influence des causes que nous venons d'indiquer, et que c'est à ce dernier moment que l'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale?

On peut penser, d'après ce qui précède, que des cicatrices résultant d'anciennes blessures ou d'opérations pratiquées sur la matrice, peuvent devenir causes prédisposantes de ruptures pendant l'accouchement.

Lors donc qu'existe une des causes prédispo-

santes dont nous venons de rénumérer l'histoire, les ruptures de l'utérus deviennent imminentes pendant le travail parturitif. Les parties affectées, pour peu qu'il y ait obstacle à la marche ordinaire de l'accouchement, se trouvent soumises à une double action rupturante. Je m'explique.

Les parois utérines, en se contractant, tendent à diminuer d'étendue. Ce raccourcissement se fait, dans l'état ordinaire du col, vers le fond, qui sert comme de point d'appui général, de centre d'action, de noyau des contractions. C'est donc aux dépens du col, qui se trouve ainsi attiré vers le fond, que s'opère le raccourcissement. Il en résulte que l'ovoïde humain ou le fœtus se trouve non seulement poussé par la diminution relative de la capacité utérine, mais qu'il est en outre comme abandonné successivement par cet organe, qui se retire de lui. Ainsi, lorsque la tête engagée au détroit supérieur ne peut le franchir, on voit l'orifice fuir, devenir inaccessible, tant que le vagin qui le retient lui en laisse la faculté. Or, dans le cas où ce mouvement de retrait utérin ne peut se faire aux dépens du col, ou quand celui-ci a prêté autant qu'il le pouvait, c'est aux dépens des parties faibles ou inertes des parois utérines qu'il tendra à s'opérer. Ces parties se trouveront donc tiraillées en tout sens, dans toute leur circonférence. En même temps, le contenu utérin, trouvant là moins de résistance absolue ou relative que vers les voies naturelles, qui lui opposent un obstacle insurmontable, reportera tous ses efforts de pression contre ces points altérés. Ainsi donc la rupture se fera par *traction excentrique* et par *pression directe*. Quand c'est une partie saillante de l'enfant qui est en rapport avec le point altéré, la pression agira plus que la traction; quand, au contraire, ce point correspondra à une large surface, les tractions excentriques joueront le rôle principal dans la production de la rupture, ainsi qu'on le verra dans les observations faisant partie du chapitre suivant.

ARTICLE II.

Causes déterminantes.

Outre les contractions utérines, qui jouent le rôle essentiel ou actif dans la production des ruptures de corps de l'utérus pendant le travail parturitif, il en est d'autres susceptibles de provoquer aussi cet accident, ou qui contribuent à le déterminer. Telles sont : 1° la pression passive de l'enfant; 2° la pression active déterminée par ses mouvemens; 3° les violences exercées directement par les instrumens obstétricaux.

§ 1er. *Pression passive de l'enfant.* Elle dépend de l'incompressibilité de l'enfant. Pendant les contractions de l'utérus, les régions saillantes de celui-ci pressent contre les points correspondans des parois utérines, en proportion de la force de ces contractions et des obstacles que le fœtus éprouve lui-même à obéir, par sa réduction, ou son déplacement.

Les régions utérines ainsi pressées ne peuvent se contracter comme le reste de l'organe ; ou bien, si le travail dure long-temps, elles se trouvent irritées, frappées d'inflammation, de sphacèle. Elles n'offrent dans tous les cas qu'une résistance toute passive ; et se trouvant soumises à la double action de pression directe et de traction excentrique, elles se rompent.

Ce résultat peut être aussi favorisé par l'existence de l'une des altérations utérines qui constituent les causes prédisposantes.

Comme le plus ordinairement la position de l'enfant est telle que son plus grand diamètre est vertical, de manière que son extrémité pelvienne formant la partie la plus culminante correspond au fond de l'utérus, c'est aussi le plus souvent celui-ci qui vient se briser contre le fœtus; par la même raison, c'est presque toujours les pieds qui s'échappent les premiers, et quelquefois seuls à travers la crevasse. Un grand nombre d'exemples présentent cette double circonstance.

40e Observation.

Une femme eut à sa sixième grossesse des douleurs vives et fréquentes qui durèrent deux heures, et pendant lesquelles un des bras de l'enfant s'engagea dans l'orifice de la matrice. En allant chercher ses pieds pour opérer la version, Lamotte les trouva, ainsi qu'une partie du corps, dans la cavité abdominale. Il put néanmoins opérer la délivrance. Le placenta encore cohérent et extrait, était percé à son centre. On trouva au fond de l'utérus la rupture qui pour lors admettait à peine l'extrémité du doigt.

La position transversale de l'enfant change le siége de la rupture, mais ce sont aussi presque constamment les pieds qui s'engagent à travers la rupture.

41e Observation.

Une femme arrivée au terme de sa onzième grossesse, après avoir eu des douleurs assez lentes pendant quatre heures, en ressentit une forte vive au côté gauche. Le pouls s'affaiblit, les douleurs cessèrent, il survint des syncopes; et la mort arriva au bout de deux heures. La gastrotomie pratiquée, on trouva un épanchement considérable de sang dans l'abdomen, et les extrémités inférieures de l'enfant passées à travers une crevasse située à la partie postérieure et inférieure gauche de l'utérus. Là les parois de cet organe n'avaient d'épaisseur que celle qu'auraient eue deux ou

trois feuilles de papier appliquées l'une sur l'autre.

42e Observation.

Le docteur Just. Frid. Ling, cité par Sue, parle d'une matrice dont le fond était extrêmement épais, tandis que le côté droit, très-mince, était percé par les pieds de l'enfant.

43e Observation.

On rapprochera de ces faits celui rapporté par Camper, d'une matrice qui était si mince, dit-il, qu'elle fut percée par les pieds de l'enfant.

Je crois, au reste, qu'on ne doit pas accorder à l'action passive des fœtus plus d'influence qu'elle n'en a réellement, et je serais assez porté à me ranger de l'avis de Rœderer et de M. Sarrois (1) qui pensent que la position vicieuse de l'enfant ne peut être cause de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, tant que les parois de cet organe sont dans leur état naturel d'intégrité.

Et en effet, il est facile de s'assurer que, quelle que soit la position qu'affecte l'enfant dans l'utérus, même après la perte des eaux, la matrice forme en se contractant un tout sphéroïdal ou plutôt ovalaire régulier, parce que d'une part la souplesse de l'enfant, la flexibilité de toutes les parties les unes sur les autres, lui permettent de se replier sur lui-même, d'obéir à la pression de l'utérus contracté, qui le maintient ou le rappelle à la forme ovoïde régulière qu'il affecte ordinairement. D'un autre côté, si, comme il arrive le plus ordinairement, les parois utérines se contractent en même temps dans toute leur étendue, elles forment une sorte de globe ou de voûte solide, ayant pour soutien ou pour rayon les parties les plus saillantes et les plus résistantes de l'enfant; et par conséquent la résistance de pression de celui-ci ne porte pas seulement sur les points avec lesquels il est en contact, mais elle se trouve partagée par toute l'étendue des parois utérines. Et conséquemment plus les contractions sont énergiques, plus cette résistance générale est grande, moins donc la rupture devient possible.

Le fait que je vais reproduire, et dans lequel le fœtus était complètement incompressible, vient appuyer victorieusement notre opinion.

44e Observation.— Endurcissement extraordinaire du fœtus. Accouchement heureux.

Madame Langevin, âgée de vingt-six ans, d'une stature moyenne, d'une complexion sèche, mais nerveuse, devient enceinte pour la seconde fois. A quatre mois et demi de sa grossesse, elle sent les mouvemens de l'enfant, mais ils contrastent, par leur lenteur et leur faiblesse, avec la vivacité et la force de ceux qu'exécutait le premier enfant, aux mêmes époques.

Arrivée au neuvième mois de sa grossesse, et comptant encore sur une vingtaine de jours pour être à terme, les mouvemens de l'enfant ne se font plus sentir; mais elle éprouve le sentiment d'un corps dur et inerte qui retombe du côté vers lequel elle se penche, ou sur lequel elle se couche, et ce sentiment se renouvelle presqu'à chaque changement de position. Parfois le choc est assez fort pour occasioner de la douleur. Huit jours après, elle ressent, dès le matin, des douleurs intermittentes aux reins, accompagnées de nausées et d'efforts de vomissemens. Phénomènes semblables à ceux qui avaient accompagné le travail du premier accouchement. C'était le 26 mars 1828. A midi, je trouve le col de l'utérus épais, dur et entr'ouvert de quelques lignes. La partie correspondante de l'utérus, accessible au toucher à travers le cul de sac vaginal, est occupée par un corps sphérique, résistant, susceptible de ballottement, et que je jugeai être la tête de l'enfant.

La main gauche, appliquée sur le fond de l'utérus, au-dessus de l'ombilic, sent une partie que je reconnais pour être un pied. Cette partie s'éloigne quand je fais pencher la femme L... en arrière ou de côté, elle fuit quand je la presse dans le même sens. Mais si je comprime de haut en bas, elle résiste et semble faire saillir le point des parois utérines qu'elle touche. En cherchant à refouler dans la direction du bassin ce pied, j'éprouve une résistance inaccoutumée; il semble immobile et inflexible.

Les douleurs se calmèrent dans l'après-midi, se réveillèrent à sept heures du soir, et augmentèrent graduellement de fréquence, de force et de durée. A une heure de la nuit (27 mai), la poche amniotique se présente à la vulve, se rompt et laisse échapper des eaux troublées par du méconium, mais sans odeur particulière.

La tête s'engage à travers l'orifice utérin; mais la dureté uniforme du cuir chevelu masquant complètement les sutures et les fontanelles, je ne pus reconnaître dans quelle position cette partie se présentait. Le col était résistant, et quoique les contractions utérines fussent vigoureuses, que la femme se livrât avec courage à des efforts soutenus d'expulsion, la tête n'en perdit pas sa forme sphéroïdale, et le cuir chevelu ne se tuméfia pas, comme il arrive ordinairement en pareille circonstance; aussi le travail fut-il très-lent. La tête, parvenue dans l'excavation du bassin, refoule en bas le périnée, et l'eût infailliblement rompu si, en maintenant fortement cette région, et poussant à travers elle la tête d'arrière en avant, je n'eusse en même

(1) *Thèse*, Montpellier, 9 nivose an VIII.

temps refoulé la fourchette en arrière, afin de mettre l'ouverture de la vulve dans la direction de l'axe du bassin, que le fœtus suivait forcément. La tête ne faisait pas d'elle-même le mouvement ordinaire d'extension sous l'arcade pubienne, et ce fut avec beaucoup de peine que je pus lui imprimer ce mouvement. Elle sortit presque dans la direction de l'axe du bassin, c'est-à-dire le synciput entièrement en bas, l'occiput en avant, et la face tout-à-fait en arrière. Elle était immobile sur le col, tellement qu'il était difficile de lui faire exécuter des mouvemens de rotation et de flexion.

En enfonçant les doigts indicateurs pour aller accrocher les épaules, qui n'avançaient pas, je sentis les bras roides du fœtus arc-boutés contre la face interne des tubérosités ischiatiques, et qui contribuaient ainsi à le retenir. Je les rapprochai, non sans beaucoup de peine, des épaules: de nouveaux efforts furent nécessaires pour dégager celles-ci.

Une fois la poitrine et une partie de l'abdomen hors de la vulve, je m'attendais à voir suivre facilement le reste du corps. Tous les obstacles n'étaient pas encore vaincus: d'abord un abdomen énormément distendu et incompressible, résista quelque temps à mes efforts de traction. Ensuite les extrémités pelviennes, qui se trouvaient à demi-fléchies et écartées l'une de l'autre, formant ainsi une sorte de fourche, aussi raide que le reste du corps de l'enfant, tinrent un instant celui-ci comme suspendu par les pieds à l'orifice utérin ou au détroit supérieur.

L'enfant, du sexe masculin, était mort. Son cordon ombilical avait près d'un pouce de diamètre, et seize pouces de longueur. Il était lui-même engorgé et raide, au point qu'en le prenant par un bout, on pouvait le soulever tout d'une pièce comme une tige de baleine. Il était d'un blanc nacré, translucide. La veine ombilicale, gorgée d'un sang noir, formait des bosselures volumineuses. En scarifiant le cordon et le comprimant, j'en exprimai une grande quantité de l'humeur connue sous le nom de *gélatine de Warthon,* mais plus diffluente que de coutume; alors ce cordon devint souple et flexible. Les parois artérielles offraient une dureté presque cartilagineuse; leur canal me parut presque entièrement oblitéré. Ces dispositions disparaissaient brusquement au moment où ces artères pénétraient dans le trou ombilical.

Le fœtus avait treize pouces de long. Il était tellement dur et raide, qu'en le prenant par un pied ou par une main, on l'enlevait tout d'une pièce, comme s'il eût été de bois. Il ne paraissait pas plus développé qu'un fœtus d'environ sept mois. Je ne me suis pas aperçu que la température fût moindre qu'elle ne l'est chez les enfans qui sortent du sein maternel dans les cas ordinaires. Seulement le refroidissement fut très-prompt.

L'épiderme macéré était détaché ou s'enlevait de toute la surface du corps. La peau était d'un rouge brun, parsemé de plaques plus foncées, plus ou moins larges, irrégulièrement distribuées.

La poitrine était un peu bombée; mais l'abdomen surtout était très développé.

Les membres semblaient comme desséchés, et paraissaient plutôt avoir diminué qu'augmenté de volume. Il fallait employer une certaine force pour rendre les articulations mobiles. La peau résistait partout à une pression assez forte: elle semblait desséchée, racornie, et fortement collée sur les parties subjacentes. Cet enfant aurait pu passer pour pétrifié aux yeux de bien des gens.

Douze heures après sa venue, le cadavre était complètement froid, bien qu'il eût été enveloppé de linges secs. Il présentait un peu moins de dureté générale, et les articulations étaient un peu plus souples.

Des incisions, pratiquées en différentes régions, fournirent un peu de sérosité rougeâtre.

En coupant les chairs jusqu'aux os au-dessus et au-dessous du genou droit, cette articulation n'en devint pas beaucoup plus mobile. La rigidité cadavérique des muscles n'était donc pas la cause de cette inflexibilité.

Le tissu cellulaire n'offrait aucun atome de graisse, si ce n'est aux joues. Les muscles étaient d'une couleur foncée, toutes les veines se trouvaient gorgées d'un sang noir assez consistant.

L'abdomen, dont les parois durcies n'avaient que trois à quatre lignes d'épaisseur, contenait plus d'une chopine de sérosité rougeâtre. Estomac resserré; intestins contractés et contenant peu de méconium; vaisseaux mésentériques gorgés de sang.

Foie volumineux, d'un rouge assez foncé, consistant, et laissant échapper du sang noir par les incisions. La vésicule contenait une petite quantité de bile.

Un peu de sérosité rougeâtre dans les lèvres et le péricarde; poumons noirs et durs; trou de Botal presque complètement oblitéré. Canal artériel dans l'état ordinaire. Cavités du cœur et gros vaisseau gorgés de sang noir.

Les os crâniens ne sont pas soudés ensemble, ni les fontanelles effacées, comme aurait pu le faire croire l'apparente solidité de la tête.

Epanchement séro-sanguinolent peu abondant sous la dure-mère, le canal rachidien, et dans les ventricules; sinus et vaisseaux cérébraux gorgés de sang; substance cérébrale beaucoup plus ferme qu'elle ne l'est chez les enfans.

Remarques. Cet état d'endurcissement remarquable diffère essentiellement du schlerème,

ou de ce qu'on entend généralement par endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés. Ici il y avait endurcissement de tous les tissus; je ne connais qu'un fait qui présente de l'analogie avec le mien; c'est celui recueilli en 1718 à l'hôpital d'Ulm, par Jean Umbresius. Je passe sous silence les considérations que ce sujet peut fournir, pour remarquer que, malgré la résistance extrême que le fœtus inflexible a opposée aux contractions de la matrice, et quoique les parois de cet organe ne dussent alors appuyer que sur des régions saillantes et étroites, contre lesquelles il semblerait qu'elles eussent dû se briser, aucune atteinte cependant n'a été portée à leur intégrité. Il n'y a pas eu de rupture!

Nous croyons donc pouvoir conclure de ce qui précède, que la pression passive du fœtus contre les parois utérines pendant le travail de l'enfantement n'est pas absolument susceptible d'en produire la rupture, lorsqu'elles sont dans leur état d'intégrité naturelle.

Les observations citées comme exemple de ruptures de la matrice occasionées par la position vicieuse de l'enfant, ou par l'énergie du travail, sont loin d'être rigoureusement probantes : le silence que les auteurs gardent sur l'état dans lequel était le tissu là où se trouvait la rupture, peut laisser supposer, et je crois avec beaucoup de fondement, que cette partie était le siége d'altération prédisposante qui ne lui a pas permis de concourir aux contractions générales, et que, par conséquent, elle ne possédait pas en elle-même l'antidote des effets néfastes de ces contractions.

De plus même, quelques uns de ces faits donnés comme preuve de ruptures occasionées par la pression du fœtus, présentent des circonstances qui viennent à l'appui de notre opinion. Ce qui prouve l'influence qu'exerce sur l'interprétation des faits la préoccupation d'esprit ou les idées préconnues.

En voici une preuve :

45e Obs. — Rupture de l'utérus prétendue occasionée par la pression de l'enfant. Position vicieuse de l'enfant. Inflammation utérine. Rupture consécutive.

Une femme âgée de quarante ans, et déjà mère de huit enfans, tomba, sur la fin de sa grossesse, du haut d'une échelle. Elle cessa aussitôt de sentir les mouvemens de son enfant Les douleurs de l'accouchement survinrent huit jours après. La sage-femme trouva l'orifice de la matrice très-dilaté. Le fœtus, encore contenu dans les membranes, se présentait en mauvaise position. Le lendemain, écoulement d'eaux fétides et chargées de méconium. Procidence d'un bras noir et couvert de phlictènes. L'instant auparavant, la femme avait eu une très-forte douleur qu'elle avait secondée par de violens efforts, et en même temps les assistans, dit-on, avaient entendu un bruit semblable à celui que produit un corps qui se rompt avec violence. M. Veissius, médecin renommé d'Altorf, vit cette femme le troisième jour du travail, et lui trouva le ventre très-élevé, avec des douleurs du côté droit. Il ne put sentir ni les pieds ni la tête de l'enfant, pour en changer la position. La femme mourut le jour suivant. Une déchirure très-longue se remarquait au côte droit de la matrice. Elle livrait passage à la tête et à un des bras. Le reste de l'enfant se trouvait encore dans l'utérus. Celui-ci était d'un rouge brun, et parsemé çà et là de points noirs.

Bien certainement que dans ce cas les parois de l'utérus n'étaient pas en état de santé quand arriva la rupture. La chute faite huit jours avant le travail, la compression prolongée de l'enfant ont pu occasioner d'abord de l'inflammation et du ramollissement; les manœuvres inconsidérées de la sage-femme, qui ne sera certainement pas restée pendant trois jours spectatrice oisive, auront aussi pu, tout aussi bien que la pression du fœtus, provoquer la rupture. D'ailleurs l'état dans lequel on a trouvé la matrice, qui présentait des traces non équivoques d'inflammation, explique suffisamment comment cet accident a été produit.

Que l'on examine tous les exemples analogues à celui-ci, et dont nous faisons grâce au lecteur, et l'on trouvera la même omission de circonstances importantes, et la même légèreté d'interprétation Peut-être le même reproche doit-il être adressé au fait que la science doit à M. Mazonni (1), et dans lequel le genou de l'enfant, arc-bouté contre l'angle sacro-vertébral pendant une violente contraction, produisit la rupture de la partie intermédiaire de l'utérus.

§ 2. *Pression active et violences produites par les mouvemens de l'enfant.* — Les considérations que nous avons présentées sur les rapports qui existent entre les parois utérines contractées et la réaction contre elles de l'enfant, trouveront ici une nouvelle application.

On a dit qu'en se raidissant, en se redressant brusquement, l'enfant pouvait frapper avec assez de violence de ses pieds contre le fond de la matrice pour la percer. Mais si ce mouvement est opéré pendant l'état de repos ou de relâchement des parois utérines, la souplesse et l'extensibilité dont elles jouissent leur donneront toute facilité et toute latitude pour céder à cette violence en fuyant, en se distendant, enfin en se déplaçant.

Ce mouvement a-t-il lieu pendant les contractions utérines? La puissance extraordinaire

(1) *Statistica Obstetr.*, p. 27. Florence, 1833.

de résistance qu'elles présentent alors aurait besoin, pour être vaincue, d'une violence bien autrement forte que celle qui peut résulter d'un mouvement, même convulsif, du fœtus. Et puis, comme l'ont fort bien objecté ceux qui n'ont pas adopté cette opinion sur l'influence de l'enfant, il est impossible que celui-ci puisse exécuter des mouvemens bien étendus pendant les contractions utérines, enchaîné qu'il est alors par les parois qui l'embrassent, le serrent et l'étreignent de toutes parts. Nous nous rangeons donc volontiers contre l'opinion de Levret et de M. Egge (1), au sentiment de Rœderer, de M. Deneux, qui regardent le mouvemens violens que l'enfant a présentés dans quelques cas de ruptures comme un résultat et non comme la cause de cet événement. Et en effet, quand la mort de cet être suit de près la rupture, soit qu'il reste dans la cavité utérine ou qu'il soit chassé dans l'abdomen, des mouvemens convulsifs précèdent ordinairement de quelques instans cette terminaison funeste.

Toutefois, si dans l'état d'intégrité des parois utérines, les mouvemens de l'enfant ne sont pas capables d'en provoquer la rupture, il peut n'en être pas tout-à-fait de même lorsque cet organe présente quelqu'une des altérations prédisposantes de cet accident. Il se peut donc que dans les cas où on a cru que les mouvemens de l'enfant avaient occasioné la rupture, cette cause a pu y contribuer si les parois de l'utérus étaient affectées, amincies ou ramollies, par exemple. Mais comme on a négligé de relater dans ces observations l'état dans lequel était le point de la rupture, elles laisseront toujours au moins du doute dans l'esprit sur la nature des causes qui les ont déterminées.

Conclusions générales sur les causes des *ruptures du corps de l'utérus* pendant l'accouchement.

1. *Les ruptures propres au travail de l'accouchement reconnaissent pour cause déterminante les contractions de l'utérus.*

2. *Ces contractions ne peuvent déterminer la rupture tant que les parois utérines sont dans leur état naturel sous le rapport de leur organisation, des dispositions anatomiques et de leur faculté contractile ; en un mot, tant que tous les points de ces parois prennent également part à ces contractions.*

3. *L'altération organique, physiologique ou pathologique de l'un des points des parois utérines est donc une condition essentielle à la production de ces ruptures, quelles que soient et la violence des contractions et la nature des obstacles qui s'opposent à leur but, c'est-à-dire l'expulsion du produit de la conception*

4. *Ces altérations prédisposantes agissent en diminuant ou détruisant la résistance organique, comme le ramollissement, l'amincissement, ou la faculté contractile, comme l'inflammation, la gangrène, l'induration ou le squirrhe.*

5. *Plusieurs circonstances, que l'on a regardées comme causes déterminantes, telles que la position vicieuse du fœtus, son volume trop considérable, ses mouvemens violens, n'ont d'autre influence sur la production des ruptures que de déterminer des altérations prédisposantes, et notamment l'inflammation et la gangrène. Ou bien, ces causes n'agissent comme déterminantes plus ou moins directes, que lorsqu'il existe des prédispositions, soit qu'elles les aient elles-mêmes produites préalablement, soit qu'elles dépendent d'autres et de plus anciennes causes.*

6. *Lors même qu'il existe des altérations prédisposantes, les contractions de l'utérus ne peuvent en général déterminer de rupture que quand les eaux sont écoulées.*

7. *Enfin l'insuffisance de la plupart de ces causes prédisposantes et déterminantes, la nécessité que plusieurs concourent simultanément pour qu'il en résulte une rupture du corps de l'utérus pendant et par le travail de l'enfantement, la nécessité de toutes ces conditions, dis-je, explique pourquoi cet accident est très-rare en proportion du grand nombre d'accouchemens laborieux qui paraissent présenter les circonstances les plus favorables à sa production.*

ARTICLE III.

Ruptures du corps de l'utérus produites par les manœuvres obstétricales et l'application des instrumens pendant l'accouchement.

Les manœuvres faites dans l'intention de changer la position vicieuse de l'enfant, et d'en opérer la version, peuvent, en le refoulant, ajouter à la pression qu'il exerçait sur un utérus à parois déjà violentées par un laborieux et inutile travail, et provoquer ainsi la rupture, qui n'était qu'imminente. L'application des instrumens n'est pas moins féconde en déplorables résultats ; elle les détermine, soit indirectement, en refoulant l'enfant, soit directement, par leurs bords presque tranchans, comme au forceps, ou leurs pointes, comme au perce-crâne, aux crochets. Tel paraît avoir été le cas rapporté par Smellie qui, après avoir délivré une femme contrefaite au moyen du crochet, trouva le fond de la matrice déchiré.

En lisant les histoires particulières des ruptures utérines opérées pendant l'accouchement, on est affligé de voir que ces causes y ont eu, dans la plupart des cas, la plus grande, si ce n'est l'entière part.

(1) *Bibl. médicale*, 1829, t. 1, p. 94.

CHAPITRE II.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ACCIDENS PRIMITIFS DES RUPTURES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL PARTURITIF.

§ 1. *Passage complet ou incomplet de l'enfant dans l'abdomen.* Comme les ruptures du corps de l'utérus pendant l'accouchement proviennent, en dernière analyse, du brisement d'un point affaibli des parois de cet organe contre une partie saillante du fœtus, le passage de cette partie à travers la crevasse doit être le premier résultat, ou, pour mieux dire, la conséquence essentielle de cet accident, Cependant il peut arriver, comme on l'a avancé, que si la rupture correspond à une large surface de l'enfant, celui-ci ne s'y engage pas.

Qu'une violence extérieure, tendant à rapprocher complètement les parois utérines l'une de l'autre, à l'aplatir enfin, provoque une crevasse assez grande, et l'expulsion de l'œuf humain entier dans la cavité abdominale du premier coup, cela se conçoit, et quelques unes des observations que nous avons citées en font foi. Mais, dans les ruptures déterminées par les contractions utérines, comme il ne se peut pas qu'elles soient assez énergiques ni assez soutenues pour réduire instantanément l'organe, et effacer complètement sa cavité, il en résulte que le fœtus ne saurait en être de prime abord chassé en entier, à moins que les contractions des parois abdominales ne viennent favoriser ou produire cette expulsion complète. Mais le plus ordinairement, ou bien l'utérus tombant dans l'inertie après l'accident, les choses restent au point où elles étaient au moment où s'est faite la rupture, c'est-à-dire que la partie de l'enfant en rapport avec la crevasse y reste seule engagée; ou bien le retrait soit organique, soit rendu actif par le réveil subséquent des contractions, ne détermine l'expulsion du reste de l'enfant que progressivement. Dans le premier cas, rien n'indique l'existence de cet accident, en examinant du côté de l'orifice utérin, ou du détroit supérieur, parties avec lesquelles le fœtus conserve alors les rapports qu'il avait avant l'événement. Dans le second cas, la même conservation de rapports peut avoir lieu, par exemple, si la tête était fortement embrassée par le col utérin, ou engagée dans le détroit supérieur, s'il y avait procidence d'un membre, etc., mais assez souvent aussi on sent l'enfant fuir pour ainsi dire sous le doigt explorateur; ou si on ne pratique le toucher qu'un certain temps après l'événement, on ne trouve plus le fœtus où on l'avait senti, ni même dans la cavité utérine.

Quand l'extrémité pelvienne est la première engagée dans la crevasse, la tête peut être retenue dans la cavité utérine par le resserrement des bords de l'ouverture accidentelle autour du col du fœtus. Si la tête a passé la première, le même effet déterminera la rétention du tronc, tandis que la tête fera saillie hors des parois utérines, dans la cavité abdominale. On a vu un bras seul pendre dans le vagin, à travers l'orifice utérin, tandis que tout le corps de l'enfant était passé dans la cavité abdominale.

Dans un exemple donné par Behling, la tête et un bras seul étaient passés dans le ventre. La tête seule avait franchi la rupture de manière à être coiffée du péritoine resté intact, dans le cas observé par M. Radfort. Il ne restait qu'un des pieds dans le fond de la matrice, dans le cas observé par Peu (1).

Relativement au placenta, il est quelquefois chassé dans l'abdomen avec le fœtus, alors même que celui-ci n'y est passé qu'en partie (obs. 31), d'autres fois il est expulsé seul par les voies naturelles, tandis que l'enfant est dans la cavité abdominale, où on le trouve en se servant du cordon ombilical pour guide. Enfin ce corps peut être retenu dans la cavité utérine, adhérent ou libre, et quoi que soit devenu l'enfant.

Quant aux autres conséquences des ruptures du corps de l'utérus opérées pendant la parturition, elles sont les mêmes, mais plus intenses que celles qui résultent du même accident arrivé dans les derniers mois de la grossesse. Ce sont l'hémorrhagie et l'épanchement, le déplacement d'une portion d'intestins ou d'épiploon, l'inflammation de l'utérus, du péritoine et des viscères abdominaux, les abcès consécutifs.

§ 2. *Hémorrhagie, épanchement.* Les bords de la rupture fournissent peu de sang soit parce que les parois utérines sont en cet endroit amincies de longue date, par une des altérations qui ont été indiquées, ou par suite de la distension qui a précédé l'accident, soit parce qu'après que celui-ci est arrivé, le tissu utérin se rétracte, soit enfin et surtout à cause du genre de solution de continuité qui, étant analogue aux plaies par arrachement, est favorable contre l'hémorrhagie traumatique.

Le sang est plutôt fourni par le décollement du placenta, et comme il trouve alors plus de difficulté à s'échapper par les voies naturelles, souvent encore comblées par la présence de l'enfant que par la déchirure, il s'épanche dans la cavité abdominale.

Cette hémorrhagie peut être comme foudroyante, la femme périt subitement, soit avant la délivrance, soit immédiatement après, sans qu'aucun signe ait fait soupçonner la rupture.

Cependant cet accident n'est pas toujours si redoutable; la rupture peut être faite hors

(1) *Prat. des accouchemens*, p. 79.

de la sphère du placenta, dont les rapports avec l'utérus ne sont pas alors changés, ou bien ce corps s'engage par un point de ses parois dans la crevasse, la bouche, et met obstacle à l'écoulement ultérieur du sang et à l'épanchement dans la cavité abdominale. Une partie du fœtus peut faire le même office de bouchon. Si la délivrance suit de près l'événement, le retrait de l'utérus met un terme à l'hémorrhagie. Il en est de même si le contenu utérin a passé tout entier dans l'abdomen, et surtout lorsque le péritoine a été épargné.

De tous les accidens que produit la rupture de l'utérus, l'hémorrhagie et l'épanchement sont sans contredit les plus graves, ceux qui font courir les dangers les plus pressans. Cet épanchement peut seul compromettre les jours de la malade, alors même que la délivrance a pu être faite par les voies naturelles: en voici un exemple fourni par Chambon.

46e Observation.

« Une femme, dit Chambon, avait été accouchée par un habile chirurgien, qui avait annoncé au moment de l'accouchement une rupture du fond de l'utérus. Les suites de couche ne présentaient rien de fâcheux : la mère nourrissait son enfant. Le ventre restait seulement plus gros qu'il n'a coutume de l'être après la sortie des fœtus. Il augmenta par la suite, en sorte que, dans l'espace de quelques semaines, il avait acquis un volume assez considérable. Il augmenta plus rapidement à cette époque et devint douloureux. Une fièvre violente se déclara, et la femme mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva la cavité abdominale remplie d'une matière puriforme, sanguinolente et fétide, avec inflammation des intestins. La matrice avait à son fond une plaie qui rendait un pus de mauvaise nature. »

Voilà donc un épanchement sanguin qui a pu exister pendant plusieurs semaines sans porter des troubles bien profonds dans l'économie animale, puisque la femme put allaiter son enfant. Il est probable même qu'il n'y eut pas d'abord d'inflammation, puisque la sécrétion lactée se fit bien. On sait avec quelle facilité cette fonction se trouve suspendue toutes les fois qu'un travail inflammatoire, encore que peu intense, établit un mouvement fluxionnaire dans une partie plus ou moins éloignée. Ce n'a donc été que peu de temps avant la mort que l'inflammation s'est manifestée et a réuni son produit à celui de l'épanchement. Il est permis de présumer que si cette femme avait été soumise à des précautions nécessitées par sa position, elle n'aurait pas été en proie aux derniers événemens qui l'ont fait périr; ou bien on aurait pu, je pense, débarrasser avec succès l'abdomen de la présence de cet épanchement, en pratiquant une incision peu étendue aux parois abdominales.

§ 3. *Déplacement et étranglement d'une portion d'intestin ou d'épiploon.* Le diagnostic de cet accident n'est pas facile tant que la présence du fœtus rend la cavité de l'utérus inaccessible au toucher; ou quand, après la délivrance, cet organe est revenu sur lui-même de manière à ce que sa cavité ne puisse plus permettre l'introduction de la main. Les signes qui manifesteraient le déplacement et l'etranglement intestinal à travers la crevasse présentent peu de différence avec ceux qui sont propres à celle-ci ou à ses autres résultats. Les dangers que ce déplacement peut entraîner sont prouvés par une observation rapportée d'après Percy par M. Deneux. (*Loc. cit.* pag. 53.)

47e Obs. — Hernie mortelle à travers une rupture de l'utérus (Percy).

Une femme, parvenue au terme de sa sixième grossesse en cinq années de mariage, s'était mise au lit après un souper de famille dans lequel elle avait beaucoup ri et mangé. Elle dormit d'abord tranquillement, et fut éveillée, au bout de quelques heures, par des crampes, des douleurs atroces dans le bas-ventre et les lombes, accompagnées de vomissemens. Elle appela aussitôt M. Percy le père, son parent; mais il ne put parvenir à la soulager. Vers les six heures du matin, les eaux de l'amnios s'évacuèrent. La matrice se contractait avec violence sur le corps de l'enfant, sans que pour cela l'orifice en devînt plus mince et plus dilaté. Long-temps après, Mme Percy, qui était restée auprès de la malade, s'aperçut qu'un des bras de l'enfant était sorti, engagé jusqu'à l'épaule, et tellement serré dans l'orifice, qu'il paraissait comme étranglé; ce qui l'engagea à rappeler son mari. Ce fut en vain, à son retour, qu'il chercha le bras qu'on lui avait annoncé: il n'était plus dans le vagin, et il ne put même le retrouver en portant la main dans l'utérus pour terminer l'accouchement; ce qu'il était urgent de faire, car la matrice s'était déchirée, et l'enfant allait en sortir et pénétrer dans l'abdomen. L'accouchement fut terminé en peu de temps; mais au lieu de la tranquillité qui semblait devoir le suivre, les accidens continuèrent, et parvinrent même à un plus haut degré d'intensité qu'auparavant. Plusieurs médecins furent appelés. On eut recours aux saignées, aux mixtures, aux potions, aux opiatiques, et rien ne procura du soulagement. La matière des vomissemens était alors d'une odeur infecte, comme dans une hernie étranglée et menacée de gangrène. La malade mourut vingt-deux ou vingt-trois heures après le début des premières douleurs, et fut ouverte le jour suivant.

Tous les viscères abdominaux étaient dans un état de gangrène et de pourriture très-avancée. Deux circonvolutions d'intestins s'étaient insinuées dans la matrice par une rupture qui se trouvait à sa partie postérieure, supérieure et latérale gauche, à un travers de doigt de la trompe; elles formaient, dans la cavité de ce viscère, une tumeur dans laquelle on ne reconnaissait aucune partie. Le sang, les excrémens, les tuniques des intestins, et peut-être quelques restes de l'arrière-faix, avaient été confondus par la gangrène. Avant de fendre la matrice, on essaya d'en retirer les anses intestinales; mais elles se déchirèrent, et laissèrent apercevoir quatre orifices assez distincts. La matrice, contractée sur elle-même, égalait encore en volume la forme d'un chapeau ordinaire. Elle était allongée à l'endroit de la rupture, comme si elle s'était avancée au-devant des intestins, qui s'y étaient incarcérés et étranglés de la manière la plus étroite. Cette rupture, qui devait avoir été très-large avant la contraction de l'utérus, était au plus d'un diamètre propre à admettre le doigt, au moment de l'ouverture.

Ce fait et d'autres que nous allons rapporter montrent la nécessité d'explorer la cavité utérine après tout accouchement laborieux, alors même qu'aucun signe n'aurait indiqué la formation d'une rupture pendant le travail. En portant la main dans l'utérus, on sentirait les intestins qui s'y seraient engagés, et que l'on distinguerait facilement de débris de placenta ou de membranes, à leur forme, au gargouillement. On reconnaîtrait l'ouverture par laquelle ils se sont introduits et par laquelle on peut les refouler dans la cavité abdominale.

48e Observation.— Passage des intestins dans la cavité utérine à travers une rupture. Réductions. Guérison.

Rungius (1), après avoir accouché une femme par la voie ordinaire, toucha très-distinctement les intestins à travers l'ouverture du fond de la matrice; ce chirurgien repoussa les intestins, et tint la main dans la cavité utérine jusqu'à ce que cet organe se fût assez contracté, et la déchirure assez rétrécie pour empêcher qu'ils ne s'y engageassent de nouveau. La femme se rétablit parfaitement.

49e Observation.— Même sujet.

En portant la main dans la matrice pour détacher le placenta, Toutaint Beauregard reconnut une rupture de ce viscère et qu'une grande portion d'intestin avait pénétré dans sa cavité. Après l'avoir fait rentrer dans l'abdomen, la matrice se contracta, et la perte, qui avait déterminé l'accoucheur à opérer la délivrance, n'eut aucune suite. La femme survécut un mois à la rupture. Il est même probable qu'elle eût pu être entièrement sauvée, si on l'avait soignée convenablement (2).

Je rappellerai la hernie épiploïque existant dans le fait que nous avons rapporté précédemment d'après Mme Lachapelle.

Cette exploration de l'utérus, faite immédiatement après la délivrance, n'est ni difficile pour l'accoucheur, ni douloureuse pour la femme. Les parties n'ont pas encore eu le temps de revenir de cette ample dilatation, à laquelle elles viennent d'être soumises. Elles sont encore comme engourdies, soit par les violences des contractions, soit par les pressions qu'elles ont éprouvées.

CHAPITRE III.

SIGNES DE LA RUPTURE DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

La plupart des symptômes qui manifestent la rupture du corps de la matrice pendant le travail de l'enfantement sont semblables à ceux que cet accident produit pendant la grossesse, mais se dessinent d'une manière plus tranchée; aussi le diagnostic présente-t-il ici un degré de certitude souvent étranger à la rupture de la grossesse. Nous allons les exposer d'après la marche qu'ils suivent d'ordinaire.

§ Ier. Une douleur aiguë, déchirante, apparaît subitement dans un point fixe des parois de la matrice pendant une violente contraction de cet organe. La déchirure se fait quelquefois avec un bruit appréciable pour la femme, et qui peut être, a-t-on dit, entendu des assistans. Elle se plaint comme de la chute d'un corps lourd ou incommode dans l'abdomen. Suivent immédiatement les divers phénomènes du trouble de l'innervation, tels que pâleur, lypothimies, hoquet, vomissement. Un sentiment d'engourdissement dans le lieu de la rupture succède à la douleur; un calme trompeur suit l'anxiété générale qu'elle avait occasionée; une chaleur douce semble se répandre dans l'abdomen; les douleurs de parturition, jusque-là violentes, sont tout à coup suspendues.

§ 2. On peut sentir à la surface du globe utérin une inégalité insolite dépendant de la sortie et de la saillie d'une partie du fœtus à travers la crevasse. S'il est passé en grande partie ou en totalité dans l'abdomen, la forme du ventre change, il perd sa sphéricité; il présente des inégalités, des bosselures; le globe utérin réduit est parfois refoulé hors de la ligne médiane, et dans le voisinage, on sent l'enfant plus distinctement que quand il était enfermé

(1) *Inst. chirur.*, pars secunda, p. 718.

(2) Ancien *Journal de médecine*, t. LXXIX, p. 68.

dans l'utérus : on peut même le faire changer de place et de position à travers les parois assouplies de l'abdomen, le promener, pour ainsi dire, au milieu de cette cavité ; ses mouvemens sont plus appréciables, plus étendus ; la mère les perçoit aussi plus forts, et surtout dans des parties où elle n'avait pas coutume de les sentir. Des mouvemens brusques, violens, bientôt suivis d'une immobilité complète, indiquent que la vie de l'enfant s'est arrêtée par privation de sang, après avoir vainement lutté par une réaction convulsive.

Ces symptômes suffiraient pour fonder un diagnostic certain, s'ils se présentaient tous, ou largement dessinés, et dans un ordre constant. Mais il n'en est pas toujours ainsi; on a vu quelques femmes rester plus ou moins de temps dans un état apparent de calme et de tranquillité, et périr tout à coup sans que la rupture ait été annoncée par aucun signe ; ou bien, le peu d'intensité et le petit nombre des symptômes qui se manifestent ne peuvent donner l'idée qu'un accident aussi redoutable existe. Aussi Lamotte et Burton disent-ils que la plupart des femmes qui meurent pendant le travail de l'enfantement, non délivrées sans qu'il se manifeste aucune perte remarquable, et quand la tête ne bloque pas, pour ainsi dire, l'orifice de la matrice, succombent à la rupture de cet organe (1).

§ 3. *Signes fournis par le toucher.* Les signes les moins équivoques s'obtiennent par le toucher : dans le cas où les membranes n'auraient pas été rompues, la poche des eaux s'affaisse sur-le-champ, devient très-flasque, quoique aucun fluide ne se soit écoulé par la vulve. L'enfant, que l'on sentait quelques instans auparavant plus ou moins engagé à travers l'orifice, ou appliqué contre cette ouverture, fuit, remonte et disparaît même sous le doigt explorateur ; en même temps le col utérin, s'il était dilaté, se resserre. Poursuit-on l'examen ? tantôt la main ne peut plus pénétrer dans la cavité de la matrice, qui est plus ou moins complètement revenue sur elle-même ; d'autres fois on rencontre dans sa cavité des intestins échappés par la rupture ; on reconnaît le lieu et l'étendue de la crevasse ; la main peut pénétrer jusque dans la cavité abdominale. Ces signes manquent lorsque la rupture a lieu sans résultats relatifs au contenu de la matrice. On peut bien la soupçonner aux symptômes locaux qui ont manifesté sa production ; mais elle n'est positivement constatable qu'après la délivrance. C'est ici le lieu de rappeler aux jeunes praticiens la facilité d'une erreur que le professeur Dubois signalait dans ses cours. La première fois qu'il porta la main dans l'utérus, c'était pour un enkystement du placenta. Arrivé dans la cavité largement distendue du col, il sentit une étroite ouverture, et il crut, non sans effroi, reconnaître une déchirure de la matrice. Tout à coup le spasme cesse, cette ouverture s'élargit, et fait voir qu'elle n'était autre chose que l'orifice interne, dont la constriction retenait le placenta dans une sorte d'arrière-boutique. (Mme Lachapelle, t. III, pag. 115.)

(1) Delamotte, t. 2, Burton, t. 1, p. 173.

DEUXIÈME DIVISION.

RUPTURES VERTICALES DU COL UTÉRIN.

CHAPITRE Ier.

CAUSES ET MÉCANISMES.

Dans l'état ordinaire, la résistance pour ainsi dire toute passive qu'oppose le col utérin à l'avancement et à la sortie de l'enfant, est graduellement vaincue par la puissance active des contractions du corps de l'organe. Le col utérin se trouve soumis à deux puissances qui concourent à produire sa dilatation. D'abord les contractions s'opérant spécialement dans ce sens qu'elles tendent à retirer les parois utérines vers le fond de l'organe, la circonférence du col ou de ses orifices se trouve entraînée dans la même direction, c'est-à-dire de bas en haut, et en même temps excentriquement, vu la forme sphéroïdale du segment inférieur. Ses bords s'écartent donc, et il y a dilatation par traction. Mais la principale puissance dilatante provient du fœtus. La tête, partie qui s'engage le plus ordinairement la première, présentant ainsi des parties successivement plus volumineuses, poussée qu'elle est par les contractions utérines, agit à la manière d'un coin ; elle opère sur le col une pression latérale, une traction excentrique.

Ordinairement le tissu du col utérin est doué d'un degré suffisant d'extensibilité pour obéir en se distendant, à cette puissance dilatante. Mais s'il ne se trouve pas dans les conditions favorables, s'il est inextensible, ce n'est qu'en se rompant, se déchirant qu'il cédera à la pression excentrique. Il faut bien remarquer que cette distension ne porte pas seulement sur le bord plus ou moins aminci de l'orifice externe, mais que l'orifice interne d'abord et les parois du col, en un mot tout le segment inférieur de l'utérus formé par le col dilaté qui embrasse la tête du fœtus, sont également soumis à cette pression. Dans ces cas, la déchirure sera nécessairement verticale, c'est-à-dire dans le sens et la direction distendante. On voit en effet dans les observations exactement circonstanciées de ruptures verticales du col utérin, que quand elles se sont opérées, la tête était déjà plus ou moins avancée à travers

l'orifice. Il est permis de supposer qu'il en a été de même dans les cas où cette circonstance n'a pas été relatée. Disons au reste, par anticipation, que toute pression latérale, n'importe l'agent qui la produit, peut donner lieu aux mêmes résultats : ainsi nous verrons une rupture de cette espèce avoir été produite par la main d'un accoucheur qui voulut forcer l'orifice résistant de l'utérus.

Dans les cas même les plus ordinaires, et surtout au premier accouchement, alors que le col utérin n'a pas encore acquis toute la souplesse et l'extensibilité nécessaire à la fonction qu'il est destiné à remplir, il n'est pas rare de voir les bords de son orifice externe déchirés verticalement. Ces déchirures plus ou moins profondes s'annoncent par une douleur très-aiguë que la femme éprouve pendant un violent effort. La tête, qui était retenue au-dessus du détroit par la résistance du col qui se trouve ainsi subitement vaincu, est comme précipitée brusquement dans l'excavation du bassin. Si les accoucheurs, témoins de ce phénomène assez fréquent, ont, dans ce cas, examiné attentivement l'état des parties après la délivrance, ils ont dû trouver l'orifice externe plus ou moins profondément déchiré à un ou plusieurs endroits. Lorsque l'organe est revenu sur lui-même, ces déchirures n'apparaissent plus que comme des fissures. Leur cicatrisation donne lieu à des sillons qui divisent le museau de tanche en plusieurs lobes.

Ces fissures sont le premier degré des ruptures qui nous occupent; un effort de plus de la part de l'enfant, une résistance passive plus considérable de la part du col et la déchirure pourra envahir jusqu'au corps utérin, s'étendre jusqu'au péritoine.

Il est bien évident que cette division, pour peu qu'elle ait d'étendue, ne saurait se faire, sans que la région limitrophe du vagin n'y fût comprise.

Ce qui s'observe à l'orifice externe du col utérin, a également lieu et de la même manière pour l'orifice interne. Son rôle dans l'accouchement est le même. La tête de l'enfant se comporte à son égard et réciproquement de la même manière absolument que pour tout le col et notamment que pour l'orifice externe. Dans quelques cas beaucoup plus communs qu'on ne le pense, il offre une résistance qui apporte des entraves à l'accouchement. Il presse et semble comme étrangler la tête du fœtus au niveau des sillons qu'elle présente, soit entre les bosses frontales et pariétales d'une part, et les arcades surciliers et l'arcade zygomatique d'autre part, soit au niveau de la racine du nez et des orbites. Cette disposition est une cause assez fréquente, mais trop peu considérée, d'accouchemens laborieux.

Or, que cet orifice interne soit peu extensible, c'est sur lui que porte d'abord l'action rupturante de la pression latérale de la tête de l'enfant qui s'y trouve engagée. La rupture pourra s'étendre de là, soit vers l'orifice externe, soit vers le côté correspondant du corps de la matrice.

Il sera maintenant facile d'élire parmi les causes que les auteurs ont confusément appliquées aux ruptures utérines en général, celles qui appartiennent spécialement à la rupture verticale du col ou du segment inférieur de l'utérus. Ainsi, nous établirons comme conditions ou causes prédisposantes essentielles, 1° un état de rigidité naturelle ou pathologique du col de l'utérus, mais susceptible de permettre à la tête de l'enfant d'engager son sommet à travers les orifices; autrement les mêmes conditions prédisposent, non plus aux ruptures verticales, mais à celles transversales de segment inférieur, ainsi que nous le démontrerons bientôt. Aussi suffit-il que la rigidité soit bornée à une partie plus ou moins étendue du pourtour des orifices, pour que la rupture verticale soit imminente; tels un tubercule, l'état squirrheux d'une des lèvres du museau de tanche, une ancienne cicatrice. 2° Le ramollissement du tissu de tout ou partie du col utérin par l'inflammation; le sphacèle, résultant d'un travail laborieux et d'une pression excentrique prolongée, expose également cette partie à se rompre.

Tout acte, ayant pour effet de produire une pression latérale ou excentrique sur le col utérin ainsi prédisposé, devient cause déterminante de la rupture verticale de cette partie. Les contractions énergiques et précipitées tendant à faire franchir à l'enfant les orifices, avant qu'ils n'aient eu des temps de se disposer à la dilatation nécessaire, peuvent provoquer la rupture même dans le cas où le tissu de cette région ne présenterait pas de prédispositions pathologiques; voilà pourquoi les déchirures de l'orifice externe sont si fréquentes aux premiers parts. Nous signalerons aussi le volume trop considérable de la tête, et surtout sa trop grande solidité, qui s'oppose à ce que cette partie cède elle-même en s'affaissant à la résistance qu'opposent les orifices utérins.

Mais de toutes les causes déterminantes de ces ruptures, il n'en est pas de plus fréquentes, nous le disons encore à regret, que les tentatives et les manœuvres obstétricales faites à contre-temps ou mal dirigées. Ainsi, dans les cas où les orifices ne sont pas suffisamment dilatés, et quand leurs bords mettent seuls, par leur résistance, obstacle à l'accouchement, la présence de la main ou des instrumens augmente nécessairement le volume de la partie fœtale engagée, et ajoute à la pression latérale qu'elle exerçait sur le col utérin; ou bien on provoque les mêmes résultats néfastes, lorsque

l'on entraîne trop brusquement l'enfant avec le forceps, avant que la dilatation ne soit complète.

Dans tous les cas où la version de l'enfant est indiquée, soit parce qu'il se présente en position vicieuse, ou bien quand il est urgent de précipiter la délivrance, comme dans les cas de procidence du cordon ombilical, d'implantation du placenta sur l'orifice utérin, de convulsions, etc., trop de précipitation pour forcer la dilatation des orifices, soit pour l'introduction de la main, soit pour l'extraction de l'enfant, peut devenir également, dans ces cas, cause déterminante de rupture verticale du col utérin. M. le docteur Champion a recueilli l'observation d'un pareil accident provoqué par les manœuvres d'un chirurgien qui voulut dilater forcément le col de la matrice, lorsque le bras de l'enfant s'y était engagé au terme de sept mois de gestation. (*Dict. des Sc. méd.*)

50e Observation.

La nommée Vaug, femme forte, âgée de vingt-huit ans, déjà accouchée naturellement deux années auparavant, commença à souffrir le 21 avril 1817. Après trois jours d'un travail inutile, un accoucheur tenta à plusieurs reprises et sans succès l'application du forceps. Puis il alla à la recherche des pieds, non sans causer des douleurs effroyables. Après deux heures et demie d'efforts infructueux, il abandonna cette femme, qui fut transportée à la Maternité. Elle avait des douleurs continuelles dans le ventre, quoique les contractions utérines eussent cessé. En examinant l'abdomen, on trouva une tumeur saillante, ovoïde, dure, tendue, régulière, élevée de trois pouces au-dessus de l'ombilic. Elle était due à l'utérus, et poussée en avant par le fœtus, qui se trouvait placé derrière cet organe. La vessie, distendue par l'urine, formait un autre relief au-dessus des pubis. Le doigt découvrit la tête du fœtus appuyée sur le détroit supérieur du bassin, la peau du crâne était tuméfiée et entourée par le bord épais de l'orifice utérin, mais incomplètement, car il semblait manquer en arrière et à gauche. La main, introduite dans le vagin, rencontra en effet, à ce côté gauche de l'utérus, une large déchirure, par laquelle le tronc (à l'exception des épaules), et les membres abdominaux avaient passé dans l'abdomen. On essaya d'aller saisir les pieds, mais alors on refoula l'enfant tout entier dans l'abdomen.... On abandonna alors la femme aux ressources de la nature. La malade jouissait de toute sa connaissance. Résignée au triste sort qui la menaçait, elle attendait impatiemment le moment fatal qui devait terminer ses souffrances.... Elle ne succomba qu'à deux heures du matin !!! A l'ouverture, l'enfant mort fut trouvé couché transversalement dans l'abdomen. L'utérus était élevé de six pouces au-dessus du pubis, ovalaire, ferme, d'un rouge vif. Il présentait, en arrière et en bas, une large déchirure longitudinale, inclinée vers le côté droit, tandis qu'on l'avait sentie à gauche lors de l'arrivée de la malade, ce qui dépendait évidemment de l'espèce de torsion que l'utérus éprouve après sa viduité. Cette plaie, dont les bords étaient noirâtres et profondément ecchymosés, *commençait dans le vagin* deux pouces au-dessous de l'orifice utérin, traversait ce même orifice, et occupait environ quatre pouces de la substance de l'utérus. Le fond de cet organe contenait encore le placenta (Mme Lachapelle, t. III, p. 159).

Cette observation pourrait fournir matière à un grand nombre de remarques utiles pour la théorie, de réflexions pénibles sur la cause de l'accident et sur la conduite qu'on a tenue jusqu'à la fin. La préférence que l'on a cru devoir donner à la version me paraît avoir été mal conçue. La tête était encore au détroit supérieur ; n'était-ce pas le cas de la saisir avec les forceps? L'obstacle à sa sortie était détruit par la rupture du col induré. En faisant comprimer l'abdomen par des aides pendant cette application, on eût empêché l'enfant de fuir dans sa cavité. Une fois échappé, n'était-il pas encore possible d'aller le chercher là, comme nous verrons qu'on l'avait déjà fait avec succès dans des cas analogues ? La tuméfaction du cuir chevelu, lors de l'entrée de cette victime à la Maternité, pouvait indiquer que la vie n'était pas encore éteinte chez l'enfant. Peut-être on l'aurait sauvé, du moins on pouvait espérer de sauver la mère.....

Une autre observation, rapportée par le même auteur, présente quelque analogie avec la précédente, sous le rapport de l'influence funeste de manœuvres inconsidérées sur la production de la rupture. De pareils faits ne sauraient être trop rappelés pour servir d'avis aux praticiens.

51e Observation.— Même sujet.

Une femme petite et maigre, déjà accouchée spontanément, mais au terme de sept mois, d'un enfant qui n'a pas vécu, éprouve les douleurs de son second enfantement le 4 avril 1821. Rupture des membranes le 5 au matin. Dès l'après-midi, elle cesse de sentir les mouvemens de son enfant... Trois accoucheurs, après cinq heures de tentatives répétées et infructueuses pour appliquer le forceps ou opérer la version, firent transporter cette femme à la Maternité... Fièvre ; abdomen très-douloureux, saillant, mais régulièrement développé. Tête du fœtus tuméfiée et à peine engagée dans le détroit supérieur. Les bords de l'orifice utérin, qui était

largement dilaté, ne pouvaient plus être touchés en arrière et à droite. Les contractions utérines se réveillèrent sans résultat. A quatre heures du matin, le forceps est appliqué : il glisse sur la tête.... Perforation du crâne, application du crochet.... Ces nouvelles manœuvres ont duré une heure.... Expulsion spontanée du placenta.... Mort le 7 avril au matin.

A l'ouverture, on trouve de la sérosité sanguinolente et quelque caillots dans l'abdomen, et des traces de péritonite. Tout le pourtour du vagin est fortement ecchymosé ; en haut et à droite il offre une béchirure longitudinale qui envahit et l'orifice et toute la hauteur du col de l'utérus, et pénètre dans l'abdomen. Les bords en sont ecchymosés.

Je remarquerai dans ce fait, comme dans le précédent, la participation de l'extrémité utérine du vagin à la déchirure. Je n'ai pas besoin de démontrer que les violences exercées contre ces parties par les tentatives réitérées de l'application du forceps, ont été la cause du déchirement.

On a observé que les ruptures verticales du col utérin affectaient le plus ordinairement les parties latérales : quelques dispositions anatomiques rendent raison de cette élection de siége : 1° le col utérin, de forme à peu près cylindrique, est creusé par une cavité aplatie d'avant en arrière, ou transversalement, conséquemment les points du col correspondant aux commissures de cette cavité sont moins épais, partant ils offrent moins de résistance qu'antérieurement et postérieurement, là où les bords souvent saillans constituent ce que l'on nomme les lèvres du museau de tanche.

52e Observation.

Une femme de cinquante ans, brune et d'une forte constitution, affectée de chute de matrice, devint enceinte pour la troisième fois. Après les premières douleurs, les eaux s'évacuèrent et la tête franchit les détroits et sortit de la vulve, toujours enveloppée de la matrice, dont l'orifice offrait à peine la largeur d'un petit écu. On fit des tentatives inutiles pour réduire la matrice, dilater le col, et y introduire une branche du forceps. Cependant cette tumeur présenta bientôt des signes d'inflammation et des menaces de gangrène. L'enfant était mort ; on perfora le crâne ; on fit l'extraction des os de la tête. Peu d'instans après, et au moment où on s'y attendait le moins, le tronc fut brusquement expulsé par une contraction utérine. Mais il se fit une déchirure de deux pouces de profondeur à la commissure droite de l'orifice utérin. (Pascal, *Bulletin* de la Soc. méd. *d'Émulat.*)

CHAPITRE II.

RÉSULTATS DES RUPTURES VERTICALES DU COL UTÉRIN.

ARTICLE PREMIER.

Résultats relatifs à la mère.

Lorsque les ruptures n'envahissent que l'orifice externe, comme dans les cas de scissures que nous avons indiqués, lors même que, s'étendant plus profondément vers le corps de la matrice, elles épargnent le péritoine et n'atteignent pas les artères utérines, elles ne présentent dans ces cas aucun danger immédiat. Il est probable que cet accident est très-commun, et qu'on ne le remarque pas à cause de l'innocuité de ses suites.

§ 1er. *Hémorrhagie.* Mais quand la division compromet les vaisseaux utérins qui se trouvent justement réfléchis sur les parties latérales où se font le plus ordinairement ces ruptures verticales, une hémorrhagie plus ou moins inquiétante se manifeste. Peut-être un certain nombre des cas que l'on rapporte aux hémorrhagies utérines actives, et dans lesquels un sang rutilant est lancé comme à flots et par jets à travers la vulve, en même temps que la dureté du globe utérin indique qu'il n'existe pas d'inertie ; peut-être, dis-je, que dans quelques uns de ces cas, ce phénomène, jusqu'à présent mal expliqué, provient de cette circonstance, savoir, de la déchirure des vaisseaux utérins, par suite de la rupture du col. On conçoit que si cette déchirure a commencé par l'orifice interne et s'est étendue vers le corps, l'orifice externe paraissant intact, peut tromper sur l'existence de cette rupture profonde et sur la source de l'hémorrhagie. Cette déchirure des vaisseaux peut avoir lieu sans que la déchirure pénètre jusqu'au péritoine.

53e Observ. — Rupture verticale du col utérin. Hémorrhagie mortelle.

Madame Lachapelle (*loc. cit.*, p. 163) donne l'observation d'une femme qui mourut en travail sans avoir été délivrée, et par suite d'une hémorrhagie abondante. Cette hémorrhagie provenait, dit l'auteur, d'une veine assez grosse, qui se trouvait en dehors de l'utérus, entre cet organe et le péritoine, qui n'avait été qu'éraillé, et offrait une ecchymose large et brunâtre. L'enfant était encore placé en travers dans la cavité utérine. La région rupturée présentait un amincissement remarquable, contrastant avec l'épaisseur de trois quarts de pouce des autres parties des parois utérines.

54e Observ. Rupture latérale de l'utérus. Délivrance naturelle et facile. Hémorrhagie mortelle.

Une femme de vingt-cinq ans, rapporte Guillemeau, offrant les préludes de l'accouchement, perdit du sang par la vulve, et se trouva mal vers les quatre à cinq heures du matin. Néanmoins elle se leva et fut à l'église. Au bout de trois jours, elle accoucha sans grandes douleurs ; le placenta sortit bientôt spontanément. La femme périt le même jour. On trouva la matrice rompue, éclatée, fendue du côté gauche, avec rupture des artères et veines épigastriques (on a voulu dire *utérines*), d'où il était sorti une grande quantité de sang. (*Mém. de l'Acad. de Chir., Rech. sur l'opér. césar. P. M. Simon.*)

§ 2. *Phlegmasies. Abcès sous-péritonéaux à l'occasion de ruptures qui ont respecté le péritoine.* D'autres fois, les ruptures qui n'ont pas atteint le péritoine ni empêché la terminaison naturelle ou artificielle de l'accouchement, deviennent la cause d'inflammations, de suppurations, d'abcès sous-péritonéaux consécutifs.

55e Observ. — Rupture verticale du col utérin, s'étendant jusqu'au péritoine resté intact. Abcès. Mort (Mme Lachapelle, obs. no VIII).

Une femme bien constituée arriva au terme de sa troisième grossesse. L'enfant présentait la tête. Après deux jours de travail, on pratiqua la version, qui se fit avec beaucoup de difficultés. Après l'accouchement, la mère éprouva un violent frisson. On s'assura que, depuis l'orifice interne jusqu'à l'externe, le col de l'utérus offrait à gauche et en arrière une profonde fissure, dont le fond était encore garni du péritoine, qui seul empêchait la communication entre les deux cavités utérine et abdominale. Après le frisson, une vive douleur se fit sentir dans le côté gauche du bassin et de l'abdomen. Les symptômes d'une péritonite se déclarèrent, et un écoulement de pus se fit par le vagin. L'orifice utérin avait repris six semaines après sa forme habituelle, et son étroitesse ne permettait pas pénétrer bien avant dans l'intérieur du col. A cette époque, la péritonite avait disparu, mais une tumeur fort large occupait la fesse et la région lombaire gauche ; on crut y sentir de la fluctuation ; on y appliqua de la potasse. On fendit l'escarre, mais on n'arriva pas jusqu'au foyer. La malade, d'ailleurs phthisique, succomba un mois après.

Examen du cadavre. Péritoine et viscères abdominaux sains ; derrière le rein gauche et le colon iliaque est un vaste foyer qui du diaphragme s'étend sur la fosse iliaque, et forme un conduit fistuleux garni d'une sorte de membrane muqueuse noirâtre, lequel, traversant le ligament large, s'ouvre dans le col de l'utérus, par une boutonnière de huit à dix lignes de hauteur et occupant le côté gauche de cette cavité. Au-dessus du bassin, une large ouverture fait communiquer ce foyer avec un autre situé plus en arrière, qui s'étend depuis le milieu du dos jusque dans l'épaisseur de la fesse, et que recouvre une épaisseur d'un pouce environ.

Dans le fait suivant, l'abcès consécutif étant venu se manifester vers la région iliaque et sus-pubienne, put être atteint par le bistouri ; la guérison eut lieu.

56e Observ (*par l'auteur*). — Déchirure verticale du col pendant les manœuvres d'un accouchement laborieux. Abcès. Guérison.

Madame B..., âgée de seize ans et demi, d'une petite stature, à peine formée, mais brune et d'une constitution qui promettait d'être assez forte, arriva au terme de sa première grossesse en juin 1822. Les parties externes de la génération sont serrées et rigides, le col utérin épais et dur. Après trois jours de douleurs qui fatiguent cette dame au dernier point, la dilatation était parvenue à trois pouces de diamètre, les membranes venaient seulement de former poche et de se rompre. La tête, en seconde position, s'engageant dans l'orifice, plonge dans le détroit supérieur. Le bassin paraissait bien conformé. Cependant les bords de l'orifice utérin, quoique dilaté, étaient encore épais et durs ; malgré la force des douleurs, les efforts de la femme et l'appui que je donnais à l'utérus en comprimant méthodiquement son fond à travers les parois abdominales, le synciput seul restait engagé, et les bosses pariétales semblaient comme accrochées au-dessus de l'orifice. On revint sur la saignée, le repos, les bains, les injections émollientes. Je fis des onctions sur le col avec de l'extrait de belladone. Inutiles précautions ! l'utérus cesse de se contracter avec autant de vigueur. Madame B..., épuisée, et dans un état d'anxiété inexprimable, demande sa délivrance. J'appliquai le forceps. L'introduction des branches fut difficile, tant la tête de l'enfant était serrée par le col utérin. J'introduisis d'abord la branche femelle, par conséquent du côté droit. Je fis jouer lentement l'instrument, je lui imprimai une sorte de mouvement de bascule circulaire, afin de vaincre d'abord la résistance de l'orifice, et d'en préparer la dilatation. Après plusieurs tractions graduées sans résultat, tandis que j'en faisais une plus forte, aidée par un dernier effort de la mère, la tête fut brusquement entraînée et comme précipitée dans l'excavation du bassin. *Ah ! vous m'arrachez !* s'écria en même temps madame B... Cependant le reste de la délivrance s'opéra sans difficultés. L'enfant, du sexe masculin, était apoplectique.

Après dix à douze minutes de soins, il poussa le premier soupir râlant; il était sauvé.

Mme B..., d'un courage qu'avait ranimé sa délivrance, se plaignit peu des suites. Cependant une perte assez abondante avait immédiatement suivi la sortie de l'enfant; mais elle avait diminué après l'extraction du placenta. Le troisième jour, des symptômes de métro-péritonite se déclarent: je m'y attendais. Trente sangsues appliquées aussitôt sur le bas-ventre enraient sa marche. Tout rentre dans l'ordre. Cependant la malade se plaignait d'une douleur continuelle, sourde, dans le bas-ventre, vers le côté droit et profond du bassin, là où elle avait senti une douleur déchirante au moment de la précipitation de la tête de l'enfant dans l'excavation pelvienne. La région iliaque correspondante restait sensible à la pression. Il y avait douze jours qu'elle était accouchée. Je touchai pour voir dans quel état était la matrice; je trouvai le col revenu sur lui-même, mais il présentait à droite un profond sillon qui s'étendait à toute la partie saillante dans le vagin, et qui s'arrêtait au niveau du fond du cul-de-sac vaginal. Cet organe avait donc été déchiré au niveau de la commissure droite, et en me reportant aux antécédens, je ne doutai pas que cet accident ne fût arrivé au moment où la tête de l'enfant s'était précipitée dans le bassin. Le seul obstacle à son avancement étant la rigidité du col, celui-ci une fois vaincu par la déchirure, l'enfant, tiré par le forceps, poussé par les contractions utérines, la compression abdominale, et les efforts de la mère, a brusquement cédé à tous ces efforts réunis. La douleur violente que Mme B... éprouva à l'instant, et qui lui arracha le cri *vous m'arrachez,* annonçait cette rupture. La douleur iliaque droite augmenta, elle s'étendit bientôt aux nerfs sacrés et de là au sciatique. Pour lors elle devint aiguë, violente, atroce. La cuisse se fléchit fortement sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Fièvre lente, vomissemens fréquens, urines rares, peau sèche, amaigrissement extrême. Quarante-cinq jours après l'accouchement, la malade paraissait au dernier terme de son existene. En l'examinant avec attention, je trouvai par le toucher une fluctuation profonde et douteuse à droite du col utérin, à travers le cul-de-sac vaginal. Je sentis également de la tuméfaction au-dessus des pubis, à droite près et derrière l'épine iliaque inférieure, et remontant un peu vers la supérieure. En refoulant en cet endroit les parois abdominales pour lors peu épaisses, la fosse iliaque me parut assez fortement bombée: il y avait fluctuation. Je crus trouver un peu d'empâtement dans le tissu cellulaire sous-cutané, vers l'angle rentrant de l'iliaque et des pubis.

Dès lors je conçus la pensée de suivre cet indice pour pénétrer jusqu'au foyer, car je ne doutai pas que là ne se trouvât un dépôt considérable. Le cas était très-chanceux, moins pour l'opération que je méditais que parce que l'état général de la malade ne laissait que bien peu d'espoir. Je manifestai mes espérances et mes craintes à la famille, qui désira l'avis de M. Gardien. Après un examen attentif, ce célèbre accoucheur partagea entièrement mon opinion. Une tentative d'opération pouvait seule ouvrir quelque chance favorable. Après m'être assuré de la position de l'artère crurale, je plongeai un bistouri étroit à huit lignes environ en dehors de ce vaisseau, et en dirigeant la pointe de l'instrument obliquement vers la fosse iliaque et le détroit supérieur, le tranchant tourné en haut. Parvenu à six ou sept lignes, j'éprouvai la sensation ordinaire qu'on ressent quand l'instrument change de milieu; en tournant alors le bistouri un peu sur lui-même pour faire un jour entre la lame et les bords de la division, il s'échappa du pus, et je me hâtai d'agrandir l'ouverture en plongeant d'abord un peu plus, puis en retirant l'instrument. Un flot énorme de ce liquide eut bientôt inondé la couche de la malade. Je ne fis rien pour en favoriser l'évacuation complète; seulement je fis pencher le corps et le bassin un peu à droite. J'introduisis jusque dans le foyer une petite bandelette de linge effilé. L'ouverture fut recouverte d'une compresse fenêtrée et de charpie bien cardée. Dès ce moment, l'estomac qui, dans les derniers temps, ne pouvait rien supporter, conserve et appète le bouillon de poulet, une potion analeptique, etc. Je passe sur les détails des suites de cette opération, qui furent très-favorables. Les douleurs avaient cessé comme par enchantement; mais ce ne fut que trois mois après que la rétraction du membre avait entièrement disparu.

Cette dame vient d'accoucher très-facilement d'un gros garçon, après s'être reposée douze ans. L'échancrure que présente le col n'a pas peu contribué à faciliter cette fois la délivrance.

57e OBSERV. — Version; perforation du crâne. Rupture verticale de l'orifice interne au niveau de la duplicature du ligament large droit. Abcès dans l'épaisseur des muscles psoas-iliaques. Mort.

Le 4 février, Mme Lachapelle (p. 177) assista à l'ouverture du cadavre d'une femme accouchée un mois auparavant. Le bassin, n'ayant que trois pouces d'avant en arrière à son détroit supérieur, avait nécessité la version et la perforation du crâne. Des douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen avaient suivi l'accouchement; une péritonite s'était développée avec beaucoup de violence; cependant les ac-

cidens s'étaient calmés, et le vingtième jour de la couche, cette femme se levait et prenait des alimens, quand tout à coup se montrèrent de nouveau les frissons, la fièvre et les douleurs.

On trouva l'épiploon adhérant solidement au foie et à la fosse iliaque droite. Dans l'épaisseur du muscle psoas et iliaque de ce même côté jusqu'au-dessous du rein, on trouva un énorme abcès dont le pus était infiltré plutôt qu'amassé; ce foyer communiquait avec le côté droit de l'utérus par une large perforation, qui paraissait avoir séparé les deux lames du ligament large, à l'endroit où le col et le corps du viscère se réunissent; l'enfant, ayant présenté le vertex dans la deuxième position, la tête a été nécessairement refoulée, pendant la version, vers le côté droit du bassin.

Pourquoi, dans ce cas, a-t-on fait la version, puisque le défaut de rapport entre le volume de la tête et le diamètre du bassin devait tout aussi bien mettre obstacle à la sortie de cette partie, et nécessiter la perforation du crâne, qu'elle vînt en dernier ou en premier ? Au lieu de fatiguer l'utérus par cette version, qui a peut-être déterminé la rupture, n'était-il pas plus convenable et plus rationnel d'opérer d'abord la perforation et d'appliquer le crochet ? du moins n'aurait-on fait qu'une victime, sacrifice d'ailleurs évitable peut-être si on avait eu recours à la gastro-hystérotomie.

§ 2. *Hernie.* Une anse intestinale ou l'extrémité de l'épiploon peut s'engager dans le vagin à travers la rupture.

ARTICLE II.

Résultats relatifs à l'enfant.

A. *Terminaison naturelle de l'accouchement.* Comme la déchirure du col correspond aux parois du bassin supérieur, comme aussi l'effort qui l'a produite tend à pousser la tête du fœtus dans l'excavation, il arrive assez fréquemment que, alors même que le péritoine est entamé, le fœtus ne passe pas dans la cavité abdominale. La pression latérale a occasioné la déchirure; mais la tête qui l'a produite, continuant d'obéir au mouvement d'impulsion qui la pousse dans l'excavation du bassin, et d'autant plus facilement qu'alors l'obstacle qui s'opposait à sa sortie se trouve détruit par le fait de la rupture, il n'est donc pas étonnant de voir l'enfant conserver la position et la place qu'il occupait, et sortir spontanément, malgré une rupture verticale plus ou moins longue et profonde.

B. *Passage dans l'abdomen du tronc, la tête restant engagée.* Mais d'autres fois la partie engagée dans le détroit supérieur, ou embrassée et étreinte par le col ou les orifices de l'utérus restant seule en position, le reste du fœtus est poussé à travers la crevasse par la rétraction active de l'utérus.

On conçoit dès lors comment il se fait que, tandis que la tête de l'enfant ayant produit la déchirure, et paraissant ainsi devoir s'y engager la première, c'est au contraire le plus souvent l'extrémité opposée qui la franchit. Et en effet, on a remarqué que, quand à la suite d'une déchirure du col utérin, l'enfant est passé tout entier dans l'abdomen, on l'y trouva placé de manière à faire penser qu'il y avait pénétré par les pieds, bien qu'on se fût assuré que c'était la tête qui occupait le col utérin pendant le travail et au moment de l'accident. D'autres fois tout le tronc passe dans l'abdomen jusqu'aux aisselles ou jusqu'au col, tandis que la tête est retenue dans les voies naturelles, étranglée qu'elle se trouve alors par le rétrécissement de la crevasse.

Or voici comment s'opère ce phénomène, qui n'est pas du reste propre aux cas de ruptures verticales, mais qui a également lieu dans les ruptures transversales, soit du col, soit de la région péri-utérine du vagin.

La tête de l'enfant se trouve-t-elle en partie engagée dans le détroit supérieur, ou bloque-t-elle cette ouverture, contre laquelle sont venus se briser les efforts d'expulsion ? Les contractions utérines, en se réveillant après un intervalle de temps plus ou moins éloigné du moment de l'événement, ont d'abord pour résultat immédiat d'agrandir la déchirure, en opérant le retrait des parois de l'organe. Elles refoulent le corps du fœtus, qui se trouve seul alors dans leur sphère d'action, vers la déchirure qui offre alors le moins de résistance. En même temps la matrice, en revenant sur elle-même, en se rétractant, abandonne pour ainsi dire les parties encore enfermées dans sa cavité.

C. *Passage de l'enfant dans la cavité abdominale sans lésion du péritoine, qui sert comme d'enveloppe extra-utérine aux corps échappés.* Le siége de la rupture verticale sur les parties latérales du col et du corps de la matrice rend raison d'un fait récemment publié, dans lequel l'enfant, expulsé de l'utérus par la déchirure, fut trouvé, non dans la cavité du péritoine, mais entre l'utérus et cette membrane, qui était restée intacte et lui servait d'enveloppe.

Ici, en effet, la rupture se trouve correspondre aux ligamens larges, au niveau de la duplicature péritonéale qui les constitue. L'enfant peut donc s'interposer entre leurs feuillets, résultat d'autant plus facile que, à mesure qu'il quitte l'utérus, cet organe abandonne, en se rétractant, les tuniques séreuses que lui fournissaient les ligamens larges dans son ampliation. Ceux-ci acquièrent donc assez de développement pour recevoir et admettre leur nouvel hôte.

Voici ce fait recueilli par le docteur Thomas Radfort, et traduit dans le n° de juin 1833, pag. 486, de la *Revue médicale.*

58e OBSERVATION.—Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine.

Hannah Speed, âgée de trente-neuf ans, d'une complexion délicate, est enceinte pour la neuvième fois. La grossesse est exempte d'accidens. Les douleurs de l'accouchement ayant commencé, et les eaux s'étant écoulées de bonne heure, une sage-femme pratique le toucher, et ne peut sentir la dilatation du col. Le lendemain soir à 9 heures, les douleurs paraissaient fortes; on les attribua plutôt à des efforts volontaires qu'à des contractions de l'utérus. Le col était encore dans le même état, le ventre proéminent, les extrémités froides. Malgré les conseils qu'on lui donna, cette femme s'agitait sur son lit et se tint le plus souvent sur les genoux. A 11 heures du soir, le toucher fit reconnaître une dilatation commençante du col et l'engagement de la tête. A minuit et demi vomissement et refroidissement de la peau; respiration difficile; mort.

Le chirurgien Thomas Radford avait été appelé; il arriva trop tard, et apprit que la malade, au milieu de ses gémissemens, n'avait pas poussé d'exclamation soudaine. Il sentit, par le toucher, la tête de l'enfant, et le col dilaté de la largeur d'un dollar. Aucune hémorrhagie externe n'avait eu lieu. Plaçant sa main sur l'abdomen, il fut étonné de sentir deux tumeurs parallèles entre elles, et séparées par une dépression évidente.

Autopsie, 21 heures après la mort.

Etat extérieur exsangue, comme si la mort eût été le résultat d'une abondante hémorrhagie.

L'abdomen est sain; le péritoine ne contient pas de liquide; l'utérus formait la tumeur gauche qu'on avait reconnue à travers les parois du bas-ventre; le corps de l'enfant, couvert par le péritoine, formait la tumeur droite. Examinant avec plus d'attention, on ne put trouver la plus petite déchirure au péritoine, qui recouvrait le fœtus. Une incision étant faite, le corps de l'enfant fut mis à nu: la matrice était rompue *longitudinalement du col à la base.* La tête de l'enfant, engagée avec tant de peine, était d'un volume énorme, et affectée d'hydrocéphalie. L'utérus n'était pas beaucoup contracté; les bords de la rupture inégalement découpés: aucune apparence de gangrène. Trois ou quatre onces de sang coagulé dans la cavité de la matrice. Le placenta, situé au côté gauche de l'utérus, lui était adhérent; le bassin avait ses dimensions normales; la vessie était intacte.

Le docteur Radfort dit avoir observé un autre cas de rupture de la matrice sans déchirure du péritoine.

Les ruptures verticales du col de l'utérus, par cela même qu'elles sont le plus ordinairement le résultat de violences exercées sur cette partie par les mains ou les instrumens, sont les plus fréquentes de celles qui arrivent pendant l'accouchement. Il paraît même que Levret n'a observé que de celles-là, puisqu'il professe que c'est toujours verticalement que l'enfant déchire la matrice.

ARTICLE III.

Signes.

Les signes primitifs immédiats sont les mêmes que pour les ruptures des corps de l'utérus, hors la différence de siége. Ainsi, 1° la douleur vive, déchirante que la malade ressant durant un violent effort d'expulsion, et qui lui arrache un cri aigu ou quelque exclamation, comme *vous m'arrachez! vous me déchirez les entrailles! mon ventre s'ouvre!* etc. Lorsque la déchirure est survenue à la suite ou à l'occasion du ramollissement du col par l'inflammation ou la meurtrissure, elle s'opère sans douleurs, ce qu'il est essentiel de remarquer dans l'énumération des signes diagnostiques. 2° La précipitation brusque de la tête, qui jusque là semblait insurmontablement retenue par l'orifice, dont les bords avaient été trouvés rigides, résistans. 3° Le doigt promené autour de la tête, si elle bloque encore le détroit supérieur, sent une brusque interruption des bords de l'orifice utérin, qui embrasse et cerne cette partie, excepté à l'endroit de la déchirure. Une anse intestinale peut s'être échappée, s'engager entre la tête et la paroi vaginale correspondante, et se présenter, dans ce dernier canal, au doigt explorateur.

Lorsque l'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale, la déformation du ventre et les autres signes y relatifs, et qui sont les mêmes que ceux produits en pareille circonstance par la rupture du corps de l'utérus, viennent ajouter aux phénomènes précédens de nouveaux signes. Ils servent seuls parfois à éclairer le diagnostique, par exemple lorsque la déchirure, ayant été produite sur l'orifice interne, s'est étendue plus du côté du corps utérin, et a respecté l'orifice externe. Dans ce cas, en effet, le toucher ne peut fournir de renseignemens.

Quand le passage de l'enfant est complet, le diagnostique ne laisse plus de doute; on ne sent plus l'enfant au col ni dans la cavité utérine, et le toucher a bientôt découvert la voie accidentelle par laquelle il s'est échappé.

Les autres signes résultant de la présence du fœtus dans la cavité abdominale viennent

enfin corroborer le diagnostique, qui, comme on le voit, doit être en général beaucoup plus facile pour les ruptures verticales du col que pour celles du corps de l'utérus.

Nous signalerons, d'après M. Velpeau, comme signe des ruptures du col de l'utérus, le ballonnement considérable du ventre, résultant de la pénétration, dans sa cavité, de l'air qui dénature promptement les fluides avec lesquels il est en contact.

TROISIÈME DIVISION.

RUPTURES TRANSVERSALES DU COL ET DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

CHAPITRE Ier.

MÉCANISME ET CAUSES.

Ces ruptures supposent qu'il existe des obstacles à la dilatation du col et à l'engagement vertical de l'enfant à travers ses orifices. Quelle que soit la nature de ces obstacles, le col utérin qui les présente se trouve refoulé en bas par la tête de l'enfant, tandis que les contractions énergiques du corps de la matrice tendent à le tirer en haut. Il résulte de là que les points intermédiaires à la résistance cervico-utérine et à l'action contractile du corps de l'organe, c'est-à-dire les parois du col ou le lien de leur jonction avec le corps, se trouvent soumis à une traction d'où peut résulter la rupture, qui, d'après la direction des puissances qui la produisent, doit être nécessairement transversale, avec plus ou moins d'obliquité. On a vu de cette manière le segment inférieur de la matrice être en grande partie ou même complètement séparé de son corps, de manière que la tête de l'enfant entraînait avec elle le col utérin, dont elle était comme coiffée. On en trouve un exemple dans le fait de Scott, rapporté par M. Merriman (*Synopsis*, ou *Difficult. parturit.*, etc., pag. 266).

La résistance qu'oppose le col utérin à l'engagement de l'enfant poussé par d'énergiques contractions utérines, est donc la condition essentielle des ruptures transversales de cette région. On pourrait désigner ces conditions sous le nom de *causes déterminantes passives*, pour les distinguer des causes déterminantes proprement dites, auxquelles se rattache plus spécialement l'épithète d'actives.

§ 1er. *Causes déterminantes passives.*—A. *L'induration et la rigidité du col utérin, soit naturelle, soit résultant d'anciennes cicatrices ou d'un état pathologique, comme un engorgement squirrheux.* Les *Archives de Médecine* (décemb. 1823) donnent le fait d'une rupture du col utérin au-dessus du squirrhe dont il était affecté, ce qui apportait obstacle à l'accouchement. Le rectum participa à la rupture, et l'accouchement s'opéra par l'anus. La femme guérit.

B. *L'occlusion des orifices* par simple agglutination, ou par réunion complète de ses bords, offre souvent un obstacle analogue à l'accouchement, et peut ainsi prédisposer à la rupture transversale du col ou du segment inférieur de l'utérus.

C. *Déviation du col* par suite de l'obliquité naturelle de l'utérus, qui porte le museau de tanche en arrière et en haut. Tous les efforts d'expulsion pèsent alors sur la paroi antérieure du col refoulé dans le bassin, et cette disposition prélude également aux mêmes ruptures. De plus, elle peut résulter directement de la pression de la tête, qui s'ouvre ainsi une voie accidentelle pour sa sortie.

59e Observ. — Rupture transversale du col de l'utérus, par suite de la direction des efforts utérins contre la paroi antérieure du col.

Une femme à terme éprouva les douleurs de l'enfantement ; mais elles ne portaient pas sur l'orifice de l'organe utérin, qui était dévié ; elles se dirigaient vers les os pubis. Soif ardente, pouls vif grand et dur ; vomissemens de matières jaunes noirâtres : mort au bout de 24 heures, au milieu d'une syncope.

Le placenta et presque tout le fœtus étaient passés dans le bas-ventre : il n'était resté dans la matrice que la moitié de la tête, qui se trouvait appliquée sur les pubis. Il n'y avait aucun vice de configuration du bassin. La matrice, très-épaisse à son corps, avait à peine deux lignes d'épaisseur en avant et inférieurement, là où se trouvait la déchirure. L'orifice externe était très-épais et très-dur. (*Dissert. méd. chir.* par Muller, insérée dans la *Collection des Thèses de Haller*, t. II, p. 128, édit. française.)

N'est-il pas probable que la rupture a été ici le résultat de l'extension forcée à laquelle a été soumise la paroi antérieure du col ou du segment inférieur de l'utérus, entre l'orifice dur et résistant et les parois utérines en contraction ? La pression directe de la tête du fœtus y a aussi contribué.

Je ferai observer que le siége précis de l'obstacle qui prélude à la rupture doit influer sur le point du segment cervical de l'utérus qu'elle attaque, et sur la direction qu'elle affecte. Ainsi, y a-t-il déviation en arrière de l'orifice utérin, la rupture s'opérera aux dépens de la paroi antérieure du col, la séparera seule, en totalité ou en partie, de la matrice, ou elle pourra s'étendre jusqu'aux parois vaginales. Elle sera donc plus ou moins oblique.

Elle se fera entre le corps et le col, quand celui-ci sera altéré dans sa totalité. Si l'obstacle

dépend de l'occlusion de l'orifice externe, la rupture pourra se faire aux parois même du col.

§ 2. *Causes déterminantes actives.* — A. *Contractions utérines.* C'est à elles seules que sont dues le plus ordinairement les ruptures transversales du col utérin. Elles seules ont souvent éludé la résistance qu'opposait cette région, en en déterminant la rupture transversale. Plus elles sont énergiques, plus cet événement devient imminent. Aussi est-ce avec raison, selon nous, que M. Malgaigne (1) attribue à l'action du seigle ergoté le cas de rupture qu'il a observé, et qui s'était faite en avant, à l'union du col avec le corps de l'utérus, à la suite de l'emploi de cette substance.

B. *Redressement brusque du corps, renversement du tronc en arrière, contraction des muscles droits de l'abdomen.* Tous ces actes sont involontairement produits par des efforts de vomissemens, des convulsions, ou ils sont volontairement et brusquement exécutés par la femme, dans l'intention instinctive ou raisonnée d'écarter du bassin le sentiment de gêne et de douleur qu'y détermine la présence de la tête du fœtus, qui presse en vain sur le col résistant.

Tous ces efforts ont pour résultat immédiat de redresser la matrice, naturellement inclinée en avant; de rapprocher son fond de la colonne vertébrale. S'ils ont lieu lorsque la tête de l'enfant plonge dans le bassin, encore coiffée par le col point ou incomplètement dilaté, cette partie retenue appliquée contre le détroit supérieur, ne pourra pas obéir à ce mouvement de bascule, qui, portant sur le corps utérin seul, provoquera une distension violente à la partie antérieure de l'union du col avec le corps utérin.

C. *Compression des parois abdominales.* Portée sur le corps de l'utérus de manière à redresser cet organe, elle agit de même que les contractions violentes des parois abdominales, et peut produire les mêmes résultats rupturans dans les mêmes régions.

60e Observ. — Rupture de la partie antérieure de la région cervico-utérine par suite de compression abdominale mal dirigée.

Crantz a donné l'observation d'une femme qui mourut après avoir éprouvé des douleurs insupportables au-dessus des pubis, des vomissemens et des faiblesses. A l'ouverture du cadavre on trouva la matrice ouverte transversalement dans le point où elle avoisine la vessie et les pubis, et près de l'endroit où le vagin s'unit au museau de tanche. Crantz attribue cette rupture à une compression peu méthodique des parois du ventre, faite par la sage-femme.

(1) *Gazette médicale*, 1832, p. 60.

On conçoit facilement comment la rupture a été produite dans ce cas, et nous ne voyons pas pourquoi M. Deneux décline à la compression la responsabilité de cet accident. Il est vrai qu'il y a malentendu. Ainsi, ce savant accoucheur paraît croire que Crantz attribue la rupture à l'action directe de la compression que la sage-femme aurait exercée sur la partie inférieure du bas-ventre, justement sur le point correspondant à la solution. Non, sans doute, on ne concevrait pas la possibilité d'une rupture ainsi produite par une compression directe; mais est-ce bien ainsi que Crantz l'a entendu? Son silence à ce sujet laisse au moins un libre champ aux interprétations. Celle que nous donnons en regardant cette rupture comme indirectement produite par le redressement forcé du corps de l'utérus, réhabilite la pensée de Crantz injustement combattue par M. Deneux.

D. Le forceps, par la mauvaise direction imprimée à ses branches, que l'on pousserait contre les parois du col, surtout dans les cas où l'orifice interne serait resserré, peut occasioner une crevasse transversale dans les parois même du col utérin.

E. Le refoulement de l'enfant par les tentatives faites pour changer la position ou pour appliquer les instrumens, en augmentant la distension à laquelle le col est déjà soumis, peut en provoquer la rupture, qui n'était jusque-là qu'imminente. Il ne faudrait pas un grand effort d'interprétation pour attribuer à ces causes bon nombre des ruptures transversales du segment inférieur de l'utérus, dont les archives de l'art retracent l'histoire.

F. On a prétendu que le col utérin pouvait être coupé par la pression que cette partie éprouverait entre la tête de l'enfant et le rebord osseux et tranchant du détroit supérieur.

61e Observ. — Prétendue section du col de l'utérus par les bords tranchans du détroit supérieur.

Une femme éprouvait depuis douze heures des douleurs pour accoucher. L'enfant présentait les fesses. L'orifice de la matrice n'était pas encore complètement dilaté, lorsque toute la partie antérieure du col de ce viscère se sépara d'un côté à l'autre. Aussitôt le fœtus passa dans la cavité du ventre. On en fit l'extraction, avec beaucoup de difficulté, en moins de deux heures : il était mort. La mère succomba elle-même cinq heures après avoir été délivrée. On trouva que le bassin était un peu étroit; la pointe de l'os sacrum passait à travers la partie postérieure de la matrice (était-ce l'angle sacro-vertébral?); *le bord interne et saillant du pubis et de l'os des îles ressemblait en quelque sorte au tranchant d'un couteau d'ivoire, et avait coupé*

toute l'épaisseur de la matrice, comme si elle eût été étranglée par une ligature....

Je fais grâce à mes lecteurs des réflexions que cette observation engendre. J'en prendrai seulement occasion de demander si, dans les cas de destruction des tissus mous par compression, les os du bassin ne pourraient pas être mis à nu. C'est une circonstance qui paraît avoir échappé à tous les observateurs, et sur laquelle je crois important d'appeler les recherches de mes confrères.

§ 3. *Causes prédisposantes.* Les ruptures transversales du col et du segment inférieur de l'utérus ont quelquefois été produites sous la seule influence des conditions et des causes déterminantes qui viennent d'être décrites; mais le plus souvent il existe quelques circonstances susceptibles de favoriser l'influence de ces conditions, l'action de ces causes. Elles constituent dès lors les causes prédisposantes de cet accident. Toutes résultent de la diminution ou de la perte de la résistance organique des parois du segment inférieur et de la cavité du col de l'utérus.

a. Ainsi, l'amincissement extrême de cette région, soit naturel, soit produit par la présence d'une tête volumineuse, sans dilatation des orifices;

b. L'existence d'ulcérations syphilitiques ou autres, ayant détruit une épaisseur plus ou moins considérable de tissu.

c. Mais de toutes les circonstances prédisposantes, il n'en est pas de plus ordinaire que la meurtrissure, l'attrition, le ramollissement phlegmasique ou sphacéleux du col de l'utérus, résultant d'un travail laborieux et prolongé pendant lequel cette région a été violemment comprimée entre la tête de l'enfant et la marge du détroit supérieur. Les parties ainsi altérées menacent de se rompre sous des efforts qui, autrement, ne suffisent ordinairement pas, malgré leur énergie et leur violence, pour déterminer la rupture. Les histoires particulières de ce genre de rupture prouvent qu'elle n'est survenue, dans la plupart des cas, qu'après un travail long et difficile. Peut-être a-t-elle été quelquefois provoquée par des efforts d'expulsion intempestifs et surtout prématurés, poussant violemment contre le détroit supérieur le fœtus coiffé du col, dont les orifices n'étaient pas encore suffisamment dilatés.

Comme cette compression porte principalement sur le pubis et surtout sur l'angle sacro-vertébral, c'est aussi à la partie antérieure, et surtout à la partie postérieure du col, que s'opère le plus ordinairement les ruptures consécutives à cette fâcheuse prédisposition. Si on réfléchit que c'est aussi dans ce même sens que sont portés d'abord les instrumens obstétricaux, on appliquera plus spécialement à ce genre de rupture ce que Mme Lachapelle dit des ruptures du col en général, que la partie postérieure de cette région y est la plus exposée : A. Leroy, qui a vu cette rupture immédiatement au-dessus du col, sur une cardeuse de matelas, dit que c'est la partie inférieure gauche de l'utérus qui est le plus souvent affectée (1).

Dans le fait observé par V. D. Wiel et Solingen l'ouverture se trouve un peu au-dessus du col (2). Nous rappellerons aussi les observations recueillies par MM. Blundell (3), Powel, Mareno, Chevreul.

CHAPITRE II.

RÉSULTATS DES RUPTURES TRANSVERSALES DU COL DE L'UTÉRUS.

ARTICLE PREMIER.

Relativement à l'enfant.

§ 1er. *Délivrance naturelle.* Lorsque la rupture détruit ou élude l'obstacle qui s'opposait au passage de l'enfant, l'accouchement peut se terminer par les voies naturelles, par exemple dans les cas où la déviation des orifices en arrière aurait préludé à la rupture de la paroi antérieure du col utérin, ou lorsque tout le col, séparé du corps de l'utérus par la rupture, se trouve entraîné avec la tête de l'enfant, qu'il coiffe. Quelquefois c'est par le rectum et l'anus que l'enfant s'ouvre une voie, comme dans le fait cité plus haut, et fourni par William Gaitskell (*London méd. phys. march.* 1833), et dans celui recueilli par Harrisson. (*Rev. méd.*, 1825. t. II, p. 304.)

§ 2. *Rétention de l'enfant dans la place qu'il occupait au moment de la rupture.* Lorsque la tête est engagée ou bloquée au détroit supérieur, la rupture, quels que soient son siége, sa direction et son étendue, n'entraîne pas essentiellement changement dans la position et la situation qu'avait l'enfant au moment de l'événement; à plus forte raison si l'ouverture correspond à ce détroit, ou aux fosses iliaques, ou aux vertèbres, cas dans lesquels la crevasse se trouve comme masquée par ces parties osseuses.

§ 3. *Chute incomplète de l'enfant dans l'abdomen.* D'autres fois l'enfant passe en partie dans l'abdomen, et, par cela même que la tête reste engagée ou fixée au détroit supérieur, ce sont le tronc et les extrémités inférieures qui se trouvent repoussés dans l'abdomen, de la même manière que cela a lieu dans quelques cas de ruptures verticales du col.

§ 4. *Chute complète de l'enfant.* Elle peut dé-

(1) *Hist. de la Grossesse*, p. 241.
(2) *Obs. variar.*, vol. 1, p. 184.
(3) *The Lancet*, 1828.

pendre de la continuation des contractions utérines et des efforts d'expulsion; mais nous pensons que ce résultat n'est pas moins souvent le résultat du refoulement de l'enfant, opéré par les tentatives faites pour terminer l'accouchement avec les mains ou par les instrumens.

ARTICLE II.

Résultats relatifs à la mère.

§ Ier. *Hémorrhagie.* Le siége ordinaire de ces ruptures, soit en avant, soit en arrière, dit pourquoi l'hémorrhagie avec ou sans épanchement n'est pas toujours inquiétante. Elles s'opèrent en effet alors entre les troncs des artères utérines, qui remontent sur les parties latérales de l'organe. On remarquera aussi la compression et l'amincissement consécutif qui ont efface les vaisseaux du tissu utérin à l'endroit de la rupture; on remarquera également l'éloignement des points d'insertion placentaire. Nous noterons enfin la permanence de la compression de la partie rupturée, entre la tête de l'enfant et les surfaces osseuses pelviennes et vertébrales.

Dans celles de ces ruptures qui établissent une communication accidentelle entre l'utérus et le vagin ou le rectum, le sang s'échappe souvent au dehors. Le siége en général peu élevé de la division permet au sang de s'écouler plus facilement par les voies naturelles que de s'épancher dans l'abdomen.

L'hémorrhagie est nulle lorsque la rupture a succédé à l'attrition à la meurtrissure du col.

§ 2. *Hernie intestinale et épiploïque.* Elle peut avoir lieu quand la rupture établit une communication entre la cavité abdominale et le vagin.

§ 3. *Fistules utéro-vésicales.*

62e OBSERVATION.

Mme Lachapelle rapporte qu'une femme qui, accouchée naturellement trois jours après avoir perdu ses eaux, offrit au bout de huit jours les signes d'une communication entre la vessie et le col de l'utérus, communication qui devint fistuleuse. (T. III, p. 405.)

Une communication analogue fut trouvée à l'ouverture d'une femme rachitique, morte trois jours après un accouchement à sec, pendant lequel des signes de rupture s'étaient manifestés. La tête de l'enfant avait fui sous le forceps, ce qui avait nécessité la version. (*Ibid.*)

D'après les rapports qui existent entre le col de l'utérus et la vessie d'un côté et le rectum de l'autre, il est étonnant que les fistules utéro-vésicales ou rectales ne soient pas plus communes ; car ce sont principalement ces régions qui se trouvent soumises aux pressions de la part de la tête de l'enfant dans les accouchemens longs et laborieux. Elles sont donc exposées à des meurtrissures sphacéleuses qui prédisposent à ce genre d'accident.

CHAPITRE III.

SIGNES DES RUPTURES TRANSVERSALES DU COL UTÉRIN.

A moins que ces ruptures ne communiquent avec le vagin ou le rectum, cas dans lesquels on peut les reconnaître au moyen du toucher vaginal et rectal, ces ruptures n'ont pas d'autres signes spéciaux que le siége de la douleur qui accompagne sa production. Lorsqu'elles ont lieu, alors que les orifices ont acquis un certain degré de dilatation, le doigt peut encore y atteindre et les reconnaître. La présence d'une anse intestinale, phénomène qui appartient surtout aux ruptures du cul-de-sac vaginal, pourrait aussi se présenter dans ces cas et servir à éclairer le diagnostique. Autrement on n'a pas d'autres signes, pour éclairer le diagnostique, que ceux présentés par les ruptures du corps de la matrice et verticales du col.

Quelquefois les lambeaux de l'orifice utérin déchiré par le forceps, pendent et ne tiennent plus au reste du col que par un pédicule plus ou moins large. M. Velpeau en a vu trois exemples. J'en ai rencontré un, dans lequel toute la lèvre antérieure était détachée comme par une boutonnière, de sorte qu'au premier abord il semblait que le museau de tanche eût deux ouvertures.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

Comme les accidens consécutifs sont les mêmes, quelque soit le siége de la rupture au corps de l'utérus ou au col, ou à la partie supérieure du vagin, comme aussi les traitemens que réclament cet accident et ses suites, sont aussi fondés, dans tous ces cas, sur les indications analogues et reposent sur l'emploi des mêmes moyens, nous consacrerons à l'exposé de ces sujets un article spécial qui trouvera plus naturellement sa place après l'histoire des ruptures de la région supérieure du canal vaginal.

QUATRIÈME SECTION.

RUPTURES DU VAGIN.

Ces ruptures présentent des différences tranchées selon qu'elles affectent l'extrémité supérieure du vagin, le corps de ce canal, sa région inférieure ou ano-périnéale, et enfin la vulve.

PREMIÈRE DIVISION.

RUPTURES DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN.

Nous avons noté dans les observations de ruptures verticales du col utérin, la participation obligée de la région limitrophe du vagin. Les ruptures transversales comprennent aussi fréquemment le col et le vagin simultanément.

Ces raisons seraient déjà suffisantes pour rapprocher l'histoire des ruptures vaginales péri-utérines, de celles du col utérin, si elles ne présentaient pas d'ailleurs une certaine confraternité de caractères sous le rapport du mécanisme, des résultats, et surtout des indications thérapeuthiques. Aussi a-t-on longtemps confondu ces ruptures du vagin avec celles du col de l'utérus.

CHAPITRE Ier.

MÉCANISME ET CAUSES.

Les ruptures péri-utérines du vagin sont, comme les transversales du col, produites par traction ou par pression directe. Celles par traction résultent des contractions utérines, du refoulement de la matrice par des tentatives de délivrance ou de déplacement de l'enfant, ou par tout acte des parois abdominales ou tout mouvement du tronc ayant pour effet de remonter la matrice.

Ces ruptures, dont on prévoit déjà le mécanisme analogue à celui des ruptures transversales du col utérin, supposent en général que celui-ci, largement dilaté, n'oppose au passage de l'enfant aucun obstacle, mais qu'il en existe soit à son engagement dans le bassin, soit à son passage à travers le vagin.

Or, voici ce qui se passe. La tête de l'enfant étant bloquée sur le détroit supérieur, ou plus ou moins engagée et retenue dans l'excavation pelvienne, la matrice continuant de se contracter, se retire pour ainsi dire de l'enfant. Les bords de l'orifice utérin, attirés vers le fond de l'organe, remontent donc et abandonnent graduellement et quelquefois complètement la tête engagée. Il en résulte conséquemment que le vagin se trouve soumis à une traction active, proportionnée à l'énergie des contractions utérines, et que, n'opposant qu'une résistance passive progressivement affaiblie par la distension, il finit par céder en se rompant; si la tête de l'enfant est fortement bloquée, elle comprime et retient le vagin au niveau du détroit supérieur, le champ d'extension de ce canal se trouve borné, et par conséquent elle est plus tôt vaincue. Ou bien cette compression, en affaiblissant les points qui la supportent par la meurtrissure, l'inflammation, le sphacèle les rend ainsi susceptibles de céder plus facilement aux efforts subséquens.

Quant aux ruptures indirectes, il est d'observation qu'elles affectent plus spécialement l'endroit où le vagin s'unit au col de l'utérus; c'est en effet là que les parois du canal vaginal offrent le moins d'épaisseur et partant moins de résistance. Nous ajouterons que ce lieu se trouve ordinairement aussi le point centralement placé entre la puissance et la résistance, par conséquent celui sur lequel portent le plus les violences rupturantes.

C'est surtout à ces ruptures qu'il faut rattacher les praticularités remarquables que Crantz indique comme signes précurseurs des ruptures utérines qui arrivent pendant la parturition.

« Quand une femme, dit-il, est menacée d'une rupture de la matrice dans un accouchement laborieux, elle a le ventre fort élevé et tendu, le vagin retiré et l'orifice de la matrice très-haut; les douleurs sont fortes, peu laissent d'intervalle et sont sans effet. » On ne peut donner un tableau plus pittoresque et plus vrai des phénomènes precurseurs des ruptures du fond du vagin.

Une fois commencées, ces ruptures peuvent, par la continuation ou le renouvellement des contractions utérines, séparer presque entièrement l'utérus du vagin. M. Velpeau dit l'avoir rencontré deux fois. (*Tocologie,* 2e édit. t. II, pag. 294.)

M. Barbaut cite deux cas semblables (*Cours d'accouchemens,* t. II, pag. 30); enfin un autre est indique par Robertson. (*Synop. of difficult. parturit.* pag. 266.)

ARTICLE PREMIER.

Causes déterminantes.

On concevra maintenant comment le redressement de l'utérus, par des efforts mal dirigés, comme quand la femme *remonte son ventre* par le renversement brusque du tronc en arrière, par des vomissemens ou des convulsions, peut determiner une rupture vaginale qui n'était qu'imminente. La compression abdominale, dirigée de manière à redresser la matrice lorsque la dilatation des orifices est complète, peut provoquer de la même manière la rupture du vagin. Il en est de même du refoulement de l'enfant, acte qui a pour effet d'ajouter à l'état de tension qu'éprouve déjà ce canal, et ce n'est pas là une des causes les moins communes de ce genre de ruptures.

Enfin, nous signalerons comme cause l'introduction mal conçue, mal dirigée des cuillers du forceps. Si on les applique avant que l'orifice utérin ne soit complètement effacé, on s'expose, faute d'attention suffisante, à engager

l'extrémité des cuillers dans le sillon qui existe entre les bords de cet orifice et le vagin, et, pour peu que l'on force, dans l'idée que l'instrument est arrivé dans la matrice, et que l'obstacle provient de l'encolure de la tête de l'enfant au détroit pelvien, on s'expose à perforer ce cul-de-sac vaginal et à faire pénétrer l'instrument dans la cavité abdominale. Nous aurons occasion d'en citer un exemple d'après M. le professeur Roux.

Dans les deux cas observés par M. Velpeau, et dans lesquels la rupture avait séparé presque complètement l'utérus du vagin, cet accident avait été produit par de violentes manœuvres avec le forceps ou avec la main. (*Tocologie*, t. II, p. 194.)

ARTICLE II.

Causes prédisposantes.

Je signalerai l'affaiblissement des parois vaginales par la distension, par des ulcérations dont elles sont si fréquemment le siége, par les meurtrissures, suites d'un travail expulsif prolongé.

J'arrêterai principalement l'attention sur la nature des obstacles, qui, s'opposant à l'expulsion extra-utérine de l'enfant, exposent le vagin à être rompu.

Ces obstacles viennent, les uns de l'enfant, les autres d'états anormaux des voies vaginales et pelviennes qu'il doit franchir.

§ Ier. *Causes provenant de l'enfant.* Toute disproportion entre le volume de l'enfant ou de la partie qu'il présente, et les diamètres du bassin, prédispose aux ruptures vaginales. Ainsi, une position vicieuse, les présentations de la face, une tête volumineuse ou hydrocéphalique, etc.

63e Observation.

Mme Lacour rue Saint-Méry, n° 11, d'une petite stature et d'une faible complexion, âgée de vingt-six ans, était parvenue au terme de sa troisième grossesse (18 janvier 1824). Les douleurs se manifestent, la dilatation de l'orifice utérin se complète en quelques heures. La sage-femme perce les membranes vers les deux heures de l'après-midi. La tête se présente au détroit supérieur. Mais malgré un travail assez actif, le sinciput seul plonge dans l'excavation pelvienne. Je suis appelé à l'insu de la sage-femme, à dix heures du soir. Je trouvai l'orifice utérin dilaté et remonté sur la tête. J'annonçai que l'enfant était hydrocéphale, et que l'accouchement était impossible sans les secours des instrumens, et peut-être sans mutiler l'enfant. La sage-femme soutint que l'enfant était en bonne position, le bassin bien conformé, et que, la femme étant déjà accouchée deux fois naturellement après un travail prolongé, elle avait la certitude qu'il en serait de même cette fois. Ce fut en vain que je sollicitai l'appel d'autres confrères, je dus me retirer devant l'opposition formelle de la sage-femme et de la famille.

Mais à six heures du matin (19 janvier), je suis redemandé avec instance. La malheureuse femme était épuisée par la fatigue et la douleur, affaiblie par une perte de sang peu abondante, mais continuelle, et dans un état d'anxiété inexprimable; elle avait des vomissemens, des défaillances, le pouls était misérable. Tout annonçait une fin prochaine. En la touchant, je rencontrai dans le vagin un corps que je pris d'abord pour le cordon ombilical, mais que bientôt je reconnus être une anse intestinale que je pus suivre jusqu'à une rupture transversale existant au voisinage de l'insertion du vagin avec le col utérin, et s'étendant du côté gauche en arrière. Elle correspondait aux bosses pariétales de l'enfant et se trouvait correspondre un peu au-dessus du détroit supérieur. Grâce à la mollesse de la tête, je pus l'en éloigner en l'affaissant, et réduire l'intestin. Le temps pressait, la version pouvait entraîner un agrandissement de la rupture; je me décidai à appliquer le forceps que j'avais tout prêt, sauf à opérer la ponction du crâne, si je ne pouvais sans elle amener la tête. Je pris toutes mes précautions pour ne pas engager la branche mâle de l'instrument dans la crevasse. Je fis comprimer fortement le ventre et la matrice de haut en bas pendant l'application, et je pus amener l'enfant avec moins de difficulté que je ne l'avais craint, ce que j'attribuai à la flaccidité de la tête frappée d'hydrocéphalie, flaccidité augmentée par la mort de l'enfant, ainsi qu'au grand relâchement comme cadavérique des parois vaginales et de la vulve. A peine l'enfant était-il extrait, que la femme expira. Je portai la main dans le vagin; elle put facilement pénétrer dans l'abdomen, où je ne trouvai aucun épanchement.

C'est aussi une hydrocéphalie qui a prédisposé à la rupture du vagin dans l'intéressante observation publiée par M. Haime et que nous aurons occasion de rapporter.

§ 2. *Causes provenant du vagin.* Nous noterons l'occlusion, le rétrécissement de ce conduit par d'anciennes cicatrices des brides, son refoulement par la vessie remplie d'urine, et surtout par le rectum comblé de matières stercorales durcies; ou bien par des tumeurs développées sur les parois vaginales ou dans leur épaisseur, ou même à leur surface, ou encore repoussées de l'abdomen jusqu'au-dessous du col utérin. C'est ainsi qu'on a vu un ovaire engorgé qui, s'étant engagé dans le bassin, sous le col uté-

rin, mettait obstacle à l'accouchement. (M. Deneux.)

§ 3. *Causes provenant du bassin.* L'étroitesse ou la déformation du bassin peuvent être considérées comme les causes prédisposantes les plus fréquentes des ruptures du vagin à sa partie supérieure. Ces vices de conformation, ou tout état pathologique diminuant les diamètres du canal pelvien, comme des exostoses, etc., n'empêchent pas la dilatation des orifices utérins de se faire ; mais le vagin, ayant alors à supporter seul les effets du retrait de la matrice, est éminemment exposé à se rompre.

CHAPITRE II.

RÉSULTATS DES RUPTURES TRANSVERSALES DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN.

ARTICLE PREMIER.

Résultats relatifs à l'enfant.

§ Ier. *Rétention de l'enfant au lieu qu'il occupait.* Si la rupture a son siége au point de jonction du vagin avec le col utérin, comme alors cette partie se trouve plus ou moins élevée vers la base de la tête de l'enfant qui se trouve comme bloquée au détroit supérieur du bassin, il n'y a pas et il ne peut y avoir déplacement de celle-ci.

64e Observation.

Thibaut, de l'académie de Rouen, fit l'ouverture d'une femme qui était morte après cinq heures de travail, avec oppression, nausées, vomissemens. Il trouva le corps de l'enfant dans la cavité abdominale avec le placenta, tandis que la tête était encore engagée dans la cavité du bassin. La déchirure occupait la partie postérieure de la matrice, au voisinage de l'endroit où le museau de tanche s'unit au vagin.

Dans les ruptures succédant à la meurtrissure de la partie supérieure du vagin comprimée contre le détroit supérieur, les mêmes résultats ont lieu, et parce que la tête reste comme enclavée dans le détroit, et parce que la rupture correspond à des surfaces osseuses qui s'opposent au déplacement.

Enfin, dans les cas où la division du vagin a été déterminée par l'action des cuillers du forceps, la situation de cette déchirure dans un cul-de-sac en dehors des bords de l'orifice utérin, la présence de ceux-ci qui se trouvent interposés entre elle et la tête de l'enfant, ces circonstances, dis-je, s'opposent alors au déplacement de la tête de l'enfant qui conserve les rapports qu'elle avait avec le bassin au moment de l'événement, ou qui ne cesse pas d'être embrassée par l'orifice utérin.

§ 2. *Passage du corps seul de l'enfant dans l'abdomen.* Mais il n'en est pas de même du corps de l'enfant : il peut être repoussé dans la cavité abdominale par le retrait subséquent de la matrice, dont l'orifice, n'étant plus retenu par les liens vaginaux, remonte et se retire vers le fond de l'organe, abandonnant ainsi le fœtus qu'il ne peut expulser.

§ 3. *Chute complète de l'enfant dans l'abdomen.* Quand au passage complet de l'enfant dans l'abdomen à la suite des ruptures transversales du vagin, près du col utérin, il faut l'attribuer en général, quand il a lieu, au refoulement de la tête, qui était plus ou moins engagée par les tentatives mal conçues ou mal exécutées de délivrance, de version et d'application des instrumens.

Quand ce passage est spontané, il a ordinairement lieu de manière que l'extrémité pelvienne de l'enfant s'engage la première.

65e Observation.

Saviard nous a transmis, dans sa 25e observation, l'histoire d'une rupture occupant la partie supérieure du vagin, un travers de doigt au-dessous de l'orifice de la matrice. Une femme, dit-il, attendait à l'Hôtel-Dieu le temps de son accouchement. Des douleurs s'étant manifestées, la sage-femme reconnut que l'enfant se disposait à sortir ; mais après deux jours de souffrance sans résultat, les douleurs cessèrent tout à coup. Pesanteur sur l'estomac, douleurs atroces dans l'abdomen ; pendant le travail, le placenta s'était détaché et était sorti. En suivant le cordon jusque dans la matrice, les sages-femmes et les chirurgiens n'y trouvèrent plus l'enfant. La femme étant morte au bout de deux jours, Saviard en fit l'ouverture ; il trouva l'enfant dans l'abdomen, la tête en bas, la matrice pleine de sang, et la rupture au vagin.

ARTICLE II.

Résultats relatifs à la mère.

§ Ier. *Hémorrhagie.* L'état peu vasculaire des tissus qui composent le vagin exposerait peu aux hémorrhagies, si les ruptures se bornaient aux parois de ce canal ; mais quand elles pénètrent jusqu'au péritoine, les vaisseaux utérins qui longent le vagin avant de gagner les parties latérales de la matrice alors élevée, ces vaisseaux, dis-je, se trouvant compromis, donnent lieu à des hémorrhagies aussi abondantes que quand la rupture a son siége au col même de la matrice. Le sang peut également s'épancher dans la cavité péritonéale, comme en fait foi l'observation de Thibaut. Cependant il a en général autant de tendance à s'échapper au dehors, comme dans le cas que j'ai rapporté.

§ 2. *Déplacement intestinal.* La communication que la rupture établit entre la cavité abdominale et le vagin permet assez souvent à une anse intestinale, poussée par les efforts d'expulsion, de s'engager dans ce canal à travers la crevasse. On distinguera aisément l'intestin du cordon ombilical à la présence du mésentère qui le fixe, tandis que celui-ci est libre de toute part. L'épiploon pourrait être plus facilement pris pour un lambeau des membranes; mais dans l'un et l'autre cas, il sera facile, en suivant ces corps flottans, de reconnaître d'où ils s'échappent, et partant leur nature.

ARTICLE III.

Signes des ruptures de la région péri-utérine du vagin.

La douleur est aussi moins vive dans ces cas que quand la rupture a son siége à l'utérus, ce qui dépend du très-peu d'épaisseur que présentent les parois vaginales, surtout à leur insertion au col de l'utérus, de l'engourdissement qui doit résulter de leur extension outrée, précurseur de l'événement, ou de la compression à laquelle elles ont été soumises. Souvent on ne reconnaît son existence que quand on ne la cherchait pas, c'est-à-dire pendant l'exploration faite pour savoir quel obstacle s'oppose à la terminaison de l'accouchement. Quelquefois en effet la présence d'une anse intestinale dans le vagin indique l'événement dont rien jusque-là n'avait fait soupçonner l'existence. Il importe cependant de le reconnaître, afin de ne pas s'exposer à déterminer de nouveaux accidens dans les tentatives de délivrance, ou à se fourvoyer dans l'application des instrumens.

On doit donc, quand on est appelé auprès d'une femme depuis long-temps en travail, et chez laquelle l'obstacle à l'accouchement ne provient pas de l'orifice utérin, qui est largement dilaté, on doit, dis-je, bien examiner par le toucher l'état du vagin, et si ses rapports avec le col n'ont pas été détruits.

Qu'est-il besoin de rappeler combien il faut mettre de réserve dans cet examen, afin de ne point agrandir la déchirure, ni la produire si elle n'était qu'imminente?

Quant aux autres signes locaux relatifs au passage total ou partiel de l'enfant dans l'abdomen, ils sont les mêmes que pour les ruptures du col utérin.

On a dit que les ruptures du vagin étaient plus dangereuses pour les suites que celles du col, parce que, dans ces dernières, elles se trouvent bientôt réduites par le retrait du tissu utérin, tandis que le tissu des parois vaginales ne se rétractant pas, la plaie reste béante et se cicatrise difficilement.

L'observation que nous avons rapportée d'après Mme Lachapelle vient prouver que la cicatrisation d'une rupture, même très-étendue du vagin, et communiquant avec la cavité abdominale, peut s'opérer complètement, et en aussi peu de temps que mettrait à le faire une déchirure du col.

Le diagnostique de ces ruptures est cependant moins grave relativement à son siége qui se trouve plus à portée des moyens obstétricaux nécessaires pour opérer la délivrance, et pour aller chercher l'enfant dans la cavité abdominale. La non contractibilité de ses parois permet surtout ce dernier moyen, alors même qu'il s'est écoulé un temps plus ou moins considérable depuis l'accident.

J'ai dit que d'après l'état d'obliquité de l'utérus, d'après la rétraction plus précoce et plus forte du bord postérieur de l'orifice utérin, etc., la rupture pouvait envahir en même temps le col de l'utérus et la partie supérieure du vagin. En voici un exemple très-important sous plusieurs autres rapports; il est dû au savant chirurgien de Tours, M. Haime. (*Journal génér. de méd*, tom. IX, pag. 305.)

66e OBSERVATION.

« La femme Dehan, âgée de vingt-huit ans, arrivée au terme de sa troisième grossesse, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 18 fév. 1828. La sage-femme reconnut, vers les six heures du soir, que l'enfant se présentait dans la seconde position de la tête. Le travail ne fit pas de progrès sensibles jusqu'à huit heures du soir du lendemain 19. Alors les douleurs persistèrent et s'accrurent jusqu'à minuit. Alors aussi commença un écoulement de mucosités sanguinolentes, accompagné de malaises inexprimables et d'un refroidissement très-marqué des extrémités. Le pouls était petit, concentré. Tout à coup, vers cinq heures du matin (20), la malade éprouva une violente douleur tout-à-fait différente des douleurs ordinaires, qui lui arracha un cri, et qui fut immédiatement suivie d'un affaissement général et de la cessation absolue des contractions utérines. Les traits du visage s'altérèrent, les angoisses augmentèrent, l'abdomen devint très-sensible au toucher, des nausées fréquentes et des vomissemens de matières bilieuses se manifestèrent, et lorsque la malade prenait une position verticale, il s'écoulait par la vulve une plus grande quantité de sang et de sérosité. MM. Brault père et fils, appelés, ne purent voir la malade que dans l'après-midi. Les signes commémoratifs, joints à la présence d'une tumeur inégale déjetée à gauche et se sentant distinctement à travers les parois abdominales, le toucher au moyen duquel la main, en glissant à côté de la tête du fœtus, n'éprouvait qu'un léger obstacle à

pénétrer dans la cavité abdominale jusqu'à la région sacro-iliaque qu'elle sentait distinctement à nu : toutes ces circonstances convainquirent qu'il s'était effectué une rupture du vagin, et que le fœtus avait passé en grande partie dans l'abdomen. M. Haime, demandé en conseil, ne vit la malade que dans le courant de la nuit suivante. On reconnut la nécessité d'appliquer le forceps sur la tête.... On attendit qu'on eût réglé des affaires de famille; mais alors la femme rendit le dernier soupir.... On pratiqua de suite la gastrotomie. Le corps seul de l'enfant, du sexe féminin, était dans la cavité abdominale. La tête était retenue entre les lèvres de la déchirure qui s'était opérée au vagin et au col de la matrice... Ce fœtus était hydrocéphale, avec spina bifida, etc. Le col de l'utérus était déchiré à sa partie inférieure, postérieure et latérale gauche, et cette déchirure intéressait toute la portion correspondante du vagin dans une grande étendue. »

Les réflexions naissent en foule à la lecture de cette observation, qui, malgré l'étendue de sa description, est encore incomplète. On ne dit pas si les membranes étaient ouvertes quand arriva la déchirure. La circonstance relatée de l'écoulement de sérosité avec le sang, quand la femme prenait une position verticale, semblerait indiquer que les eaux s'étaient épanchées dans l'abdomen. A quelle cause attribuer la rupture ? Le volume de la tête hydrocéphalique de l'enfant en a été sans contredit l'occasion essentielle. Les mouvemens de la femme, quelque position forcée, des manœuvres imprudentes de la sage-femme n'auront-ils pas pu contribuer à provoquer cet accident ? Au reste, il paraît avoir eu lieu d'abord sans résultat immédiat, le 19 à minuit. Ce n'est que le 20 à cinq heures du matin (cinq heures après !) que les signes annonçant le passage de l'enfant dans l'abdomen et l'épanchement de sang se manifestèrent tout à coup... Il est vraiment malheureux que cette femme n'ait pas eu de suite les secours d'hommes assez forts de leur conscience pour tenter la délivrance, soit par les voies naturelles, ce que rendait facile la présence de la tête, soit à la rigueur par la gastrotomie. On aurait eu peut-être une victime de moins et un succès de plus à ajouter à ceux obtenus dans d'autres cas analogues. Dans tous les cas, il demeure évident que le col de l'utérus et le vagin participaient également à la rupture.

CINQUIÈME SECTION.

DES RUPTURES DE L'UTERUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Après la sortie de l'enfant, dans un accouchement même ordinaire, la matrice est encore exposée à être rompue par des tentatives imprudentes, faites dans l'intention de détacher le placenta adhérent et de l'extraire. *Peu* en rapporte un exemple (*Prat. des accouchemens*, p. 339). La femme mourut des suites de cette rupture.

Enfin il arrive quelquefois que les bords du col utérin ne revenant pas immédiatement sur eux-mêmes, après l'expulsion de l'enfant, pendent et flottent dans le vagin. La lèvre antérieure qui se comporte principalement ainsi, et que nous avons vue pendre jusqu'à la vulve, peut être très-facilement prise, au premier abord, pour le placenta engagé par un bord, et faisant saillie par un point de sa circonférence.

Plus d'une fois cette méprise a été commise, et l'on ne s'en est aperçu qu'après que l'on avait inutilement meurtri, déchiré cette partie en tirant dessus avec force, croyant agir sur le placenta adhérent encore en partie. Témoin cette femme dont parle Portal (Obs. XVI, p. 93), et qui eut tout l'orifice utérin déchiré par une sage-femme qui avait tiré de toutes ses forces sur cette partie, croyant tirer sur le placenta.

Je fus appelé, il y a quelque temps, par une sage-femme pour l'aider dans la délivrance d'une femme qui était accouchée depuis une heure, et qui était en proie à une perte inquiétante. Le placenta, me dit cette sage-femme, se présentait à la vulve, mais il paraissait adhérent et avait résisté d'abord à la traction exercée sur le cordon qui s'était rompu, et même à des tractions exercées sur le bord saillant de ce corps. J'examine l'accouchée et j'apèrçois que ce que l'on avait pris pour le placenta, était la lèvre antérieure du col utérin, mollasse, comme flottant au milieu du canal vaginal. Je plongeai la main dans celui-ci, et je sentis l'ouverture de la matrice derrière cette large lèvre, et plus haut, le placenta retenu par la contraction, incomplète cependant, de l'orifice interne. J'allai saisir ce corps et l'amenai facilement. Les accidens hémorrhagiques cessèrent, et la femme fut promptement rétablie.

DES ACCIDENS CONSÉCUTIFS

COMMUNS AUX RUPTURES DE L'UTÉRUS ET DE L'EXTRÉMITÉ PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Ces accidens sont relatifs à la solution de continuité considérée en elle-même, à la présence de l'enfant dans la cavité péritonéale, aux épanchemens abdominaux.

§ I. *Plaies utérines et vaginales*. Ces plaies ne présentent par elles-mêmes aucun danger, mais elles peuvent se transformer en fistules établissant une communication entre la cavité péritonéale ou quelque viscère de l'abdomen, et l'utérus ou le vagin, ainsi que nous avons rapporté des observations d'après Mme Lachapelle. L'observation que M. Roux a communiquée à l'Institut, et que nous rapporterons plus loin, en fournit un autre exemple.

§ 2. *Phlegmasies abdominales.* Elles résultent des froissemens et des congestions qu'un travail laborieux et prolongé a occasionés dans l'abdomen, de l'extension de la phlegmasie utérine; d'autres fois, de la présence du sang épanché ou des corps parturitifs tombés dans cette cavité, ou encore des violences dont l'ont frappé les manœuvres employées pour aller y chercher l'enfant et l'extraire. L'introduction de l'air dans la cavité péritonéale y prédispose également.

Il faut aussi tenir compte des prédispositions qui résultent de l'état de gestation et du travail parturitif, mais noter principalement l'action de certaines dispositions atmosphériques ou épidémiques; toutes conditions propres à développer les phlegmasies puerpérales, dans les cas même où l'accouchement s'est fait naturellement et sans encombre.

Nous avons déjà remarqué que ces inflammations abdominales, qui succèdent aux ruptures utérines et qui sont déterminées et entretenues par la présence du sang et de l'enfant et dépendances, ne présentaient pas ordinairement un degré d'intensité et de gravité immédiate, proportionnée à l'apparente influence désastreuse de la cause. Assez souvent les désordres qui en résultent n'amènent la mort qu'à une époque plus ou moins éloignée.

67e Observation.

On doit à Saucerotte le cas d'une rupture qui s'était faite à la matrice pendant le travail de l'enfantement. (*Mélange de chir.* t. II, pag. 295.)

Le fœtus passa dans l'abdomen. Mais le placenta fut expulsé spontanément par la vulve quelques jours après. Il y eut de temps en temps de légères pertes de sang qui devint putride vers la fin. Il survint alors de la fièvre, de l'altération, des insomnies, du malaise, avec tension et météorisme du bas-ventre, ce qui n'empêchait pas de sentir à travers ses parois les membres du fœtus quarante jours après l'accident. Cette femme, qui était mourante quand Saucerotte la vit, périt le lendemain. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'enfant couché en travers dans la partie inférieure du ventre, et hors de la matrice qui était déchirée dans sa partie antérieure. L'utérus et les parties voisines commençaient à tomber dans une dissolution putrilagineuse, et il y avait un épanchement couleur de lie de vin, répandant une odeur fétide.

68e Obs. — Chute de tout le produit de la conception dans l'abdomen. Accidens graves ne commençant qu'au bout de plusieurs mois.

Le fait rapporté par Fleury (*Rec. pér. de la Soc. de méd. de Paris.* t. IV, pag. 268) est bien plus remarquable encore. Tout le produit de la conception était passé dans la cavité péritonéale, rien n'était sorti par la vulve. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'un membre inférieur entier et macéré, ainsi que d'autres parties moins volumineuses furent expulsés par l'anus. Après la mort de la malade, on trouva le reste du fœtus en état de putréfaction, au milieu d'une matière brune, épaisse et d'une odeur insupportable. Le désordre des viscères abdominaux était excessif; la portion ascendante du colon était ulcérée en trois endroits, de manière à permettre l'entrée du doigt dans cet intestin. La portion transversale était aussi percée dans sa partie droite. Le colon gauche contenait des portions de chairs, un membre supérieur et un inférieur. La rupture de la matrice, qui paraissait avoir été très-grande, était cicatrisée, excepté dans l'étendue de huit à dix lignes.

69e Observation. — Chute de l'enfant et de ses dépendances dans l'abdomen. Accidens consécutifs quatre ans après. Expulsion de l'enfant par des abcès, aidée de la gastrotomie. Guérison.

Cornax a rapporté un autre fait qui renchérit encore sur les précédens.

Une femme, étant au terme de sa grossesse, éprouva des douleurs d'enfantement très-vives. On entendit un craquement dans le ventre. Quelques accidens survinrent, mais se calmèrent bientôt, de sorte que la femme vécut quatre ans avec le ventre tendu, des douleurs et un écoulement purulent par la vulve. Après un certain temps, il survint un abcès à l'ombilic, par lequel s'évacuèrent une grande quantité de pus et plusieurs os. D'autres portions osseuses s'échappèrent aussi par un abcès qui se développa à peu de distance du premier. On se détermina enfin à agrandir l'ouverture par une incision longue de huit pouces, ce qui permit de retirer le reste de l'enfant, dont la tête seule s'était bien conservée. La femme guérit promptement, quoiqu'on n'ait fait aucun point de suture.

70e Observation.

Une observation présentant quelques analogies avec les précédentes a été communiquée à la Société royale de médecine par Desbois, de Rochefort. Une femme, au terme de sa quatrième grossesse, après l'écoulement des eaux et trente heures de douleurs les plus vives et les plus suivies, éprouva un mouvement qui, selon ses expressions, bouleversa tout le bas-ventre. Dès lors plus de douleurs ni d'accouchement. Deux mois après, plusieurs points douloureux et enflammés se manifestèrent aux parois abdominales. Des abcès s'ouvrirent spontanément

et on retira tous les os d'un fœtus par la principale ouverture qu'on dilata. La malade fut guérie au bout de quatre mois.

Ces faits, et plusieurs autres cités dans le cours de cet ouvrage, tendent à prouver que la présence dans l'abdomen de tout ou partie du produit de la conception, même arrivé à son plus haut degré de développement, ne détermine pas essentiellement d'inflammation immédiatement dangereuse, et que leur pronostic est loin de présenter un caractère de gravité comparable à celui fourni par les inflammations puerpérales, nées sous des influences épidémiques. Et en effet, tandis que les premières sont toutes locales, les autres ne sont qu'une des manifestations d'une altération générale, d'une atteinte profondément portée à toute l'économie.

Toutefois, comme les résultats immédiats des ruptures utérines surajoutent leur influence à toutes celles qui tendent à développer les phlegmasies abdominales chez les nouvelles accouchées, on doit s'attendre au développement de cette affection, et agir en conséquence.

Mais pour être éloigné, le danger n'en est pas toujours moins à craindre. Les femmes dont l'abdomen recèle quelque résidu de la rupture utérine, traînent en général une douloureuse existence, au milieu d'accidens qui semblent la menacer à chaque instant. Enfin arrive, tôt ou tard, le moment où la mort y met un dernier terme, à moins que les produits épanchés ne viennent à se frayer une route au dehors, après avoir produit des inflammations ulcéreuses, ou avoir développé des abcès dont l'ouverture artificielle en permette la sortie ou l'extraction.

Cette manifestation de la nature à se débarrasser des produits ou corps épanchés, a lieu au bout d'un temps plus ou moins long, après plusieurs mois et même plusieurs années, comme le prouvent les exemples que nous en avons rapportés et ceux que nous aurons encore l'occasion de rappeler. Ils prouvent aussi que ces efforts d'expulsion spontanée peuvent se faire tantôt à travers les parois abdominales comme dans les observations de M. Dubois et de Muller déjà rapportées, ainsi que dans un fait recueilli par M. Salemi, dans lequel l'ouverture se fit par l'hypogastre qu'il fallut agrandir (*Rev. méd.* 1830, tom. 440); de même encore dans le cas dont parle M. Weesf (*Bulletin de Férussac*, t. VI, pag 286).

D'autres fois c'est par l'anus ou la vulve que les débris du fœtus épanché s'ouvrent une issue (*Bib. méd.* 1827, t. II, p. 138).

A ces exemples j'en ajouterai un qui m'est propre et qui présente cela de particulier, que le placenta seul était tombé et retenu dans la cavité abdominale, l'enfant ayant été amené par les voies ordinaires.

71e Observation. — Passage et rétention du placenta dans la cavité de l'abdomen. Dépôt consécutif. Ouverture et expulsion spontanée par le fond du vagin.

La femme d'un ouvrier ébéniste du faubourg Saint-Antoine, âgée de vingt-cinq ans, petite et forte, eut un travail très-laborieux. Le troisième jour, M. Latour de Fonpudie, chirurgien du quartier, termina l'accouchement au moyen du forceps, non sans avoir été obligé d'y revenir à plusieurs fois. Quand on voulut chercher le cordon, pour aider l'extraction du placenta, on ne trouva plus ni l'un ni l'autre. La sage-femme, Mme *Rimet*, non plus que l'accoucheur, ne surent qu'en penser. La femme était dans un état qui paraissait désespéré. Néanmoins, et malgré un traitement assez peu rationnel, elle survécut; elle put même allaiter son enfant, qui mourut à six semaines. A dater de cette dernière époque, cette femme se plaignit d'embarras et de douleurs sourdes dans le bas-ventre, qui se tuméfia graduellement. Elle se crut enceinte; mais les douleurs et la tuméfaction augmentant, la femme dépérissant de jour en jour, elle appela M. Latour, qui la saigna et la purgea plusieurs fois. Il survint du dévoiement. On vint me chercher à l'hôpital Saint-Antoine, où j'étais alors interne, pour voir cette femme, qui, me dit-on, *avait une perte de sang pourri*. Il s'était fait tout à coup par la vulve une irruption de matières brunâtres, d'une fétidité insoutenable, paraissant formées d'un mélange de sang corrompu, de sérosité sanieuse et de pus. Le lit en était inondé. Je trouvai entre les cuisses plusieurs masses de grosseur variée, que je pris d'abord pour des caillots de sang; mais, en examinant avec plus d'attention la plus volumineuse, qui pouvait égaler en grosseur un œuf de poule, je crus reconnaître tout l'aspect du tissu placentaire, encore garni de débris de membranes. J'ignorais pour lors les antécédens. M. Latour, en l'absence duquel on m'avait appelé, vint sur ces entrefaites, et, sur ce qu'il me dit, je fis demander la sage-femme, qui demeurait près de là. Tous deux m'assurèrent que le placenta avait disparu après la sortie de l'enfant; qu'ils n'avaient plus trouvé le cordon ni dans le vagin, ni assez profondément dans le col utérin. Je touchai alors la malade, et je trouvai: 1o le museau de tanche légèrement tuméfié, un peu dejeté à gauche et en arrière; 2o en avant, et un peu à droite, mon doigt, au lieu d'être arrêté par le cul-de-sac vaginal, pénétra dans une large ouverture béante, à bords flottans et minces, et par laquelle s'échappaient encore des matières semblables à celles qui étaient sorties, surtout quand, avec l'autre main, je pressai la région hypogastrique. La malade était arrivée au dernier degré de marasme et d'épuisement. Nous prescrivîmes une

potion tonique, quelques cuillerées de bouillon, des injections de décoction de quinquina. Elle mourut la nuit même. Je regrette de n'avoir pu faire l'autopsie cadavérique.

Voici l'interprétation que je donnai à cette observation quand je la recueillis : il y a eu probablement rupture de la matrice, soit pendant le travail, soit pendant les tentatives de délivrance : le placenta a été rejeté dans la cavité abdominale, où sa putréfaction a donné lieu à un dépôt qui s'est ouvert par le vagin, et par où lui-même a été entraîné par fragmens plus ou moins gros.

J'ajouterai que ce fait vient confirmer la théorie que j'ai donnée sur la manière dont se comportent les corps épanchés dans la cavité abdominale, par suite de la rupture de l'utérus. Ce n'est qu'après six semaines que les accidens ont commencé à se manifester. Si, au lieu d'abandonner cette malheureuse à elle-même, on eût examiné attentivement sa position, on aurait pu reconnaître la tendance que la nature avait à se débarrasser de ce corps étranger; on eût trouvé dans le vagin une tumeur saillante et fluctuante ; on aurait pu donner issue à ces matières par une opération facile, avant que leur présence ait accumulé des désordres profonds et irrémédiables.

TRAITEMENT DES RUPTURES

DE L'UTÉRUS

ET DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN QUI ARRIVENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

ARTICLE PREMIER.

Traitement préservatif.

Quoique l'on ait professé qu'on ne pouvait ni prévoir ni pressentir quand la rupture de l'utérus était imminente pendant le travail de l'enfantement ; quoique le plus souvent elle n'ait pas lieu dans les cas qui présentent les conditions les plus favorables à sa production; que conséquemment on ne peut se flatter de l'avoir prévenue, lors même qu'on a mis en usage les moyens prophylactiques les plus rationnels, rien ne prouvant qu'elle se fût opérée sans l'emploi de ces moyens, on serait inexcusable de négliger les précautions et l'emploi des moyens propres à éloigner les causes de ce redoutable accident, ou à contrebalancer leur action funeste. Nous pensons donc, contre l'opinion générale, qu'il est possible d'empêcher, non dans tous, mais dans un grand nombre de cas, la production de ces ruptures, par des moyens bien raisonnés et convenablement appliqués.

Les indications prophylactiques doivent être fondées sur la nature des causes que l'on présume prédisposer à la rupture ou pouvoir la déterminer. Elles consistent à écarter ces causes, à les modérer, à les détruire, et, si elles échappent à la portée de nos moyens, on a encore quelquefois alors la ressource de pouvoir paralyser leur funeste influence et de s'opposer indirectement à leurs conséquences néfastes.

§ Ier. *Compression abdominale.* Lorsque quelque circonstance antérieure fait présumer une altération dans un point des parois utérines, et fait craindre que cette partie ne puisse résister aux efforts du travail de l'enfantement, la compression offre un excellent moyen de donner à cet organe la force de résistance qu'il a perdue ou qu'il ne possède pas à un degré suffisant. Mais l'emploi de ce moyen demande beaucoup de réserve et d'attention. Autant la compression est avantageuse pour favoriser l'accouchement dans les cas ordinaires, et pour prévenir les ruptures utérines dans les cas que je viens de mentionner, autant aussi elle peut être nuisible si elle est mal appliquée. Alors, en effet, elle expose à determiner l'accident que l'on voulait éviter. On doit lui donner des directions différentes selon les circonstances que nous allons indiquer :

1° Dans les cas où c'est vers le corps de l'utérus que la rupture est imminente, la compression doit porter sur le plus de surface possible, de manière à exercer son action également sur tous les points du corps de cet organe. On la dirigera principalement sur l'endroit que l'on soupçonne spécialement menacé. Ainsi, quelques compresses épaisses y seraient appliquées, puis on embrasserait le ventre par une large ceinture.

2° Nous avons démontré comment une compression mal dirigée pouvait provoquer la rupture transversale du col de l'utérus ou de la partie correspondante du vagin. Dans les cas donc où l'élévation du ventre, l'effacement du col ou la rigidité de son orifice, et où le retrait extrême de cette partie en en haut existeraient, circonstances qui annoncent, comme l'a si bien observé Crantz, que la rupture est prochaine, il faudrait bien se garder de comprimer l'abdomen circulairement ou d'avant en arrière ; car alors, en relevant le fond de l'utérus, on augmenterait la tension qui existe déjà inférieurement, et on provoquerait ainsi la rupture, qui n'était qu'imminente à la partie antérieure du col ou du vagin, ainsi que le même Crantz nous en a fourni un exemple. Mais, dans ces cas, on pourrait obtenir des résultats favorables de la compression, si on la portait au-dessus de l'ombilic, et si on la dirigeait de haut en bas, du fond de l'utérus vers le bassin. De cette manière on tendrait à faire disparaître ou à diminuer l'état de tension et du col et du vagin, et on

détournerait ainsi cette funeste disposition à la rupture transversale.

3° Mais il est de la plus haute importance d'apprécier si ce n'est pas plutôt la rupture verticale du col qui est à craindre, cas dans lequel le mode de compression que nous venons d'établir ne pourrait qu'ajouter à la tendance à ce genre de rupture, ou même déterminer cet accident. En effet, nous avons démontré que cette rupture dépendait de l'inextensibilité du col utérin, et de la pression latérale ou excentrique que la tête de l'enfant exerçait contre cette partie, dans ses efforts progressifs, pour la traverser et la franchir. Or, n'est-il pas évident qu'une compression qu'on exercerait de manière à refouler l'enfant en bas accélérerait sa progression, et renforcerait conséquemment cette cause déterminante de la rupture verticale. On reconnaîtra facilement l'imminence de ce genre de rupture, et on la distinguera de celle de la rupture transversale à la rigidité de l'orifice à travers lequel le sommet de la tête se trouve déjà engagé. Pour que la compression soit utile à ces derniers cas, il faudrait qu'elle fût dirigée de manière à modérer la progression de l'enfant, à le refouler vers le fond de l'utérus. On appliquerait donc le centre du bandage immédiatement au-dessus des pubis, et ses chefs seraient ramenés obliquement et le plus haut possible derrière le dos. Loin donc d'activer les efforts d'expulsion, on doit les modérer autant que faire se peut. On engage la femme à n'en point faire, on soutient la tête du fœtus à travers l'orifice pendant les douleurs. De cette manière, le col utérin étant dégagé de la pression qui le menace, donne à l'art plus de facilité pour combattre l'obstacle que cette partie oppose, ou à la nature le temps de le détruire ou de le surmonter graduellement. Qui ne sait que le temps seul, en pareil cas, amène souvent des changemens favorables que l'art n'eût pu obtenir qu'au prix d'inconvéniens plus ou moins graves? Ainsi, on voit des parties dont la rigidité paraissait insurmontable s'assouplir, se distendre, s'effacer pendant que l'on se disposait à y pratiquer des incisions. La patience est la vertu la plus essentielle à l'accoucheur, mais que ce soit une patience d'Argus.

Ces remarques seront appréciés et feront sentir le danger qu'il y aurait à adapter la compression indistinctement à tous les accouchemens difficiles, comme l'a conseillé encore récemment le docteur Rognetta. (*Gazette médicale*, 1834.)

C'est à ces derniers cas aussi qu'est applicable le précepte souvent mal conçu, et encore plus mal employé, de soutenir l'orifice utérin quand il est poussé en en bas par la tête de l'enfant; cette compression directe doit être faite de manière à prévenir une dilatation ou une distension trop rapide. Elle est analogue à celle que l'on exerce plus tard sur le périnée, dans le même but de prévenir la déchirure de cette partie.

§ 2. *Assouplissement, sédation, scarification, débridement du col utérin rigide ou squirrheux.* Si la cause prédisposante réside au col utérin offrant une trop grande résistance par sa rigidité, soit naturelle, soit pathologique, *a.* cherchez à l'assouplir par le repos, les saignées, les bains, les injections relâchantes et stupéfiantes, les applications de belladonne; *b.* pratiquez, si le cas presse, des scarifications sur les bords de l'orifice résistant, ou même donnez-lui, par des incisions plus ou moins profondes, l'ampleur qui lui manque et qu'il ne peut fournir pour que l'accouchement se termine. En multipliant les débridemens, on est dispensé de leur donner autant d'étendue. Dans tous les cas, il convient d'appliquer le forceps aussitôt après le débridement du col, ou de saisir les pieds si ces parties se trouvent au voisinage des orifices. En fixant ainsi l'enfant, on prévient sa chute dans l'abdomen, en cas d'agrandissement de la déchirure ou des incisions pendant la délivrance.

c. L'innocuité des plaies simples de l'utérus, et notamment des incisions pratiquées sur le col, est chose connue. Les exemples de succès obtenus de cette opération se sont multipliés depuis Lauverjat, qui en rapporte plusieurs exemples. L'emploi du bistouri conviendrait aussi et pourrait être indispensable dans les cas où l'orifice est plus ou moins complètement oblitéré, ou placé de manière que la tête de l'enfant entraîne avec elle la paroi antérieure du col : cette hystérotomie vaginale, alors obligée, est sans aucun danger; elle peut être appliquée avec grand avantage aux cas qui nous occupent.

d. Le rétrécissement et l'occlusion du vagin présentent les mêmes indications et se prêtent à l'emploi des mêmes moyens. On a de plus ici la possibilité d'appliquer des moyens dilatans, et même on pourrait forcer cette dilatation, comme l'a démontré le docteur Mayor.

§ 3. On refoule, on enlève les tumeurs mobiles qui encombreraient plus ou moins l'excavation du bassin. Ainsi on vide le rectum qui serait distendu par des matières stercorales abondantes et solides; on pratique le cathétérisme, si la vessie pleine est refoulée entre les pubis et sous la tête de l'enfant. On réduirait les hernies vaginales s'il s'en présentait. Je citerai à cette occasion le fait singulier d'une dame qui, à chacune de ses couches, a été affectée d'une hernie. A sa première, elle eut une hernie crurale du côté gauche; à sa deuxième, un exomphale; deux mois après sa troisième grossesse, pour laquelle je l'assistai, la lèvre droite devint volumineuse; en la comprimant, j'y sentis des gargouillemens: c'était

une hernie *inguinale*. Enfin, après son quatrième accouchement, arrivé il y a cinq ans, elle eut une hernie vaginale, les parties déplacées soulevant la paroi gauche du vagin, s'étendaient depuis le voisinage de la lèvre vulvaire correspondante jusqu'au col utérin, qui se trouvait refoulé à droite. En réduisant, je sentis au fond du vagin une ouverture ovalaire assez grande pour que mon doigt pût pénétrer facilement à travers et en refoulant la membrane muqueuse, qui seule recouvrait cette ouverture. J'appliquai un pessaire en bondon. Cette femme avait cependant eu des accouchemens peu laborieux; elle était devenue excessivement maigre depuis son mariage. Depuis trois ans, elle a repris plus de rondeur; elle a essayé de supprimer successivement son pessaire et son bandage crural, et cependant les hernies ont manifesté peu de tendance à reparaître. C'était la seconde fois que je voyais un exemple de cette sorte de diathèse herniaire.

§ 4. Est-ce l'enfant qui, par sa position vicieuse, met à l'accouchement un obstacle rendant la rupture imminente? Il faut y remédier par les moyens indiqués en pareil cas. Ainsi la version.

§ 5. *Emploi du forceps : mutilation.* Enfin, lorsque la cause réside dans un défaut de proportion absolu ou relatif entre le volume de l'enfant et les diamètres du bassin, on n'a de ressources préservatrices que dans le forceps, la ponction crânienne, le crochet, la mutilation de l'enfant, si sa mort est certaine, ou dans la gastro-hystérotomie ou la symphyséotomie, s'il reste quelque espoir de le sauver. Ce n'est pas ici le lieu de traiter de la convenance, de la préférence et du mode d'application de ces moyens: disons seulement qu'il ne faut y avoir recours que quand on en a reconnu l'indispensable nécessité. Plus on attend, plus on compromet le succès de ces opéations.

§ 7. Il n'est que trop vrai, et nous l'avons déjà répété, que c'est aux manœuvres imprudentes, intempestives, mal dirigées, que sont dues la plupart des ruptures de l'utérus qui arrivent pendant le travail de l'accouchement. Le traitement prophylactique le plus efficace consisterait donc tout simplement à s'abstenir de tout ce qui n'est pas formellement nécessaire pour aider la délivrance manuellement, ou au moyen des instrumens, et à mettre dans l'emploi de ces moyens artificiels, quand ils sont indiqués, toute la prudence et les précautions nécessaires.

ARTICLE II.

Traitement curatif des ruptures utérines et vaginales arrivées pendant l'accouchement.

Ce traitement est relatif soit à l'enfant et aux matières épanchées, soit à la mère.

1° Traitement relatif à l'enfant et à ses dépendances.

Quels que soient la cause, le siége et la direction de la rupture qui s'est faite à la matrice pendant le travail de l'enfantement, une indication première, principale, fondamentale se présente : c'est la délivrance. Elle est nécessaire pour prévenir le passage de l'enfant dans l'abdomen, si déjà il n'est pas opéré. Elle est indispensable, dans tous les cas, pour le sauver et défendre en même temps les jours de la femme des dangers formidables qui la menacent. Le temps presse; un seul instant de retard peut accumuler les obstacles, les rendre insurmontables ou laisser naître des accidens inévitablement mortels pour ces deux êtres intéressans. C'est surtout en de telles circonstances que l'accoucheur doit être à la hauteur de sa mission. Le succès dépend de la justesse du coup d'œil, d'une appréciation rapide, d'une exécution pressante, hardie, brusque même, mais toujours réfléchie.

§ 1er. *L'enfant est resté en place.*—A. *Terminaison de l'accouchememt par les voies naturelles.* Est-il nécessaire de dire qu'avant de procéder à l'accomplissement de cette indication, il faut écarter les causes accessibles qui pourraient rendre la délivrance difficile, impossible? Elle peut se faire par les voies naturelles, ou à travers une ouverture pratiquée aux parois abdominales. (*Gastrotomie.*)

1° *Accouchement manuel.* N'existe-t-il aucun obstacle marqué à la délivrance par les voies naturelles, comme lorsque la rupture a été produite par suite de l'affaiblissement des parois utérines ou de la mauvaise position de l'enfant : ou bien cet obstacle a-t-il été détruit par le fait même de la rupture, comme dans celles verticales du col, ou enlevé par l'art? Dans ces cas, on soutient d'une main, ou on fait soutenir les parois abdominales et la matrice, de manière à empêcher que les manœuvres n'augmentent la déchirure et n'y précipitent l'enfant : on plonge l'autre main dans le vagin, ou saisit la partie de l'enfant qui se trouve la plus voisine. L'important est de le fixer. Est-ce un pied? Il peut suffire pour l'extraction (Mme Lachapelle). Il pourrait être ici dangereux d'aller à la recherche de l'autre, parce que ce serait perdre un temps précieux, et que la présence et le jeu de la main dans la cavité utérine pourraient provoquer le dangereux agrandissement de la rupture.

Si c'est un membre supérieur qui se présente, ou qui se trouve être la partie la plus facilement accessible, attirez-le dans le vagin, fixez-le par un lien, il servira de guide pour tenter et opérer la version, et d'assurance contre la fuite de l'enfant dans l'abdomen à travers la rupture.

2° *Le forceps.* La présentation de la tête ne

laisse pas le choix des moyens : l'application du forceps est évidemment le plus avantageux; et nous ne concevons pas comment on a pu mettre ce précepte en question. On ne doit lui préférer l'accouchement par les pieds que dans les cas où les dernières parties se trouvent naturellement à l'orifice utérin ou dans le voisinage, comme dans les présentations des lombes, du siége, des talons, des genoux, etc., et la version, que quand l'enfant est placé de manière qu'on a plus court et plus de facilité pour aller chercher les pieds que pour amener la tête à l'orifice, et enfin quand il y a procidence de la main. Dans les observations de ruptures déjà rapportées, il en est plusieurs dans lesquelles le passage de l'enfant dans l'abdomen a été évidemment déterminé par les tentatives de version.

L'application du forceps, quand elle est indiquée, est soumise aux mêmes règles que dans les cas ordinaires; mais, en outre, elle demande d'autres précautions, particulièrement et impérieusement commandées par les conditions nouvelles dans lesquelles les ruptures mettent les choses.

Relativement aux dispositions qui consistent à donner préalablement à la tête la position la plus favorable, si elle est déviée, je crois qu'ici il faudrait d'abord négliger cette précaution préalable. On doit surtout s'assurer de l'enfant en le saisissant tant bien que mal, sauf à lui imprimer ensuite des directions et des positions plus avantageuses par le moyen des instrumens que l'on fait manœuvrer en conséquence sans désemparer. C'est principalement dans des cas de cette nature que l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur ne peut souffrir de contradiction. Dans tous les cas, on ne négligera pas la précaution de faire soutenir le ventre afin de fixer et maintenir la matrice et l'enfant. Autrement on s'exposerait à le refouler dans la crevasse en faisant l'application de l'instrument ou en le faisant manœuvrer.

L'introduction et le placement des branches de l'instrument demandent aussi une attention toute particulière; il faut d'abord s'assurer du siége et de la direction de la rupture, afin de ne pas s'exposer à engager les cuillers à travers la crevasse dans l'abdomen, et à saisir les parois de la matrice avec la tête de l'enfant. C'est surtout dans les déchirures du col et du vagin, et principalement dans celles qui affectent une direction transversale, que cette malencontreuse application n'est que trop facile. Nous en reproduirons des exemples. Mais on peut éviter ce grave inconvénient en portant les doigts de la main correspondante jusqu'à la déchirure, les engageant entre les bords et la tête de l'enfant; de cette manière on protégera efficacement cette déchirure du contact et de la déviation de l'instrument, et on aura un guide pour diriger celui-ci directement sur la tête de l'enfant dans la cavité même de l'utérus.

Cette précaution n'est pas moins indispensable pour éviter de pincer une portion d'intestin qui se trouverait au niveau de la déchirure, et que l'on n'aurait pas aperçue, faute d'examen suffisant.

Ne serait-ce pas à une cause de cette nature qu'il faut attribuer les accidens dont M. le professeur Roux a présenté l'histoire à l'académie des Sciences, sous le titre d'*anus contre nature au fond du vagin ?* (*Journal génér. de méd.* 1828, pag. 282.) On pourra en juger d'après l'extrait exact que nous allons donner de ce fait curieux.

72e OBSERV. — Anus contre nature au fond du vagin; suite du pincement de l'intestin par le forceps.

Une femme de vingt-deux ans, d'une forte constitution, accouche à terme dans le mois de janvier. L'accouchement fut laborieux, et nécessita l'application du forceps. Il paraît que l'accoucheur *pinça avec la tête de l'enfant une des lèvres de l'orifice utérin, un repli du vagin, et avec ses parties une anse intestinale.* Cette femme n'éprouva pas cependant d'accidens graves; mais huit à dix jours après, la sortie de matières fécales demi-liquides par le vagin fit reconnaître qu'il s'était opéré une communication entre cette partie et le tube digestif. La malade entra à l'hôpital de la Charité. M. Roux s'aperçut au toucher et à l'aide du speculum-uteri, que la lèvre postérieure du col de la matrice n'existait plus, et que là se trouvait l'orifice d'un conduit par lequel s'écoulaient continuellement des matières molles, liquides, d'un gris jaunâtre. Un lavement injecté dans le rectum ne pénétrait pas jusqu'à l'orifice de cette fistule, qui ne donnait point non plus issue à des matières fécales achevées. Il était donc probable que c'était avec une portion de l'intestin grêle que communiquait le vagin par l'intermédiaire de la fistule.

Voici comment je conçois que ces choses ont dû se passer. D'abord par l'espèce de torsion que présente l'utérus sur le vagin avant l'accouchement, on doit penser que la partie postérieure du col était dirigée de côté, à gauche probablement, quand le forceps a été introduit. La lèvre postérieure du col devait donc correspondre à l'une des branches du forceps appliquée latéralement. Puisque la tête a pu être amenée par l'instrument, c'est que celui-ci avait saisi cette partie assez haut, ce qu'il n'aurait pu faire, si le bord de l'orifice ou un repli du vagin s'étaient interposés entre la tête et l'instrument qui, s'arc-boutant dans le cul-

de-sac vaginal, n'aurait conséquemment pas pu pénétrer assez haut pour saisir l'enfant. Il est donc probable, ou qu'il existait déjà une déchirure du cul-de-sac vaginal, ou qu'elle a été faite par l'extrémité de la cuiller, violemment et maladroitement poussé contre ce cul-de-sac vaginal qui opposait de la résistance à son introduction. Dans tous les cas, l'instrument ayant pénétré dans la cavité abdominale, au lieu de la cavité utérine, n'aura pu saisir la tête qu'à travers les parois ou la lèvre postérieure du col utérin; une anse intestinale qui se sera trouvée là, aura été prise entre l'utérus et l'instrument. On n'a donc pu amener la tête de l'enfant qu'en déchirant la lèvre utérine et l'intestin qui étaient interposés et pincés entre cette partie et le forceps.

Cette interprétation nous paraît seule admissible. Elle offre encore une nouvelle preuve que la plupart des ruptures utérines qui ont lieu pendant l'accouchement sont le résultat de manœuvres inconsidérées et maladroites, parmi lesquelles celles provenant de l'application du forceps tiennent un certain rang.

3o *Mutilation de l'enfant. Ponction du crâne. Céphalotomie. Crochet.* Lorsque l'on est certain que l'enfant est mort, lorsqu'il présente quelque monstruosité qui met obstacle à l'accouchement, et que cette monstruosité est de nature à le rendre non viable, quoiqu'il offre encore alors des signes de vie, on porte, faute d'autres ressources, l'instrument sur lui : on sacrifie son existence plus qu'incertaine à la conservation de la mère. La ponction du crâne ou de l'abdomen, dans les cas d'hydropisie de ces régions, l'application du crochet, la céphalotomie au moyen du céphalotribe de M. Baudeloque neveu, ou de l'espèce de ciseau récemment proposé par M. le professeur Dugès, d'autres mutilations encore; tels sont les moyens extrêmes que l'art conseille, dans l'intention de réduire l'enfant à un volume proportionné aux dimensions des parties par où il doit sortir ou être extrait. Il n'est pas de notre sujet d'entrer dans des détails sur ces diverses opérations. Nous ferons observer seulement qu'aucune d'elles ne doit être entreprise dans les cas de ruptures, qu'après avoir préalablement fixé l'enfant, soit par les membres, soit au moyen du crochet, afin que les secousses, qu'on ne peut éviter de lui imprimer dans la manœuvre, ne le refoulent dans la cavité abdominale à travers la déchirure.

Ces opérations ne sont, je crois, applicables que dans les cas où l'enfant est encore retenu en totalité ou en partie dans l'utérus ou dans les voies de la parturition, et par conséquent bien à portée de l'application et du jeu des instrumens. Les violences et les désordres que ces opérations provoqueraient dans les viscères abdominaux, si on les dirigeait sur l'enfant qui se trouve au milieu d'eux, seraient infiniment plus redoutables que les accidens inhérens à la gastrotomie.

73e Observ. — Rupture du col utérin. Broiement de la tête. Emploi du crochet. Guérison.

L. Chaimbaut, âgée de trente-deux ans, peu robuste et offrant quelques traces de rachitisme, quoique le bassin fût bien conformé, avait eu deux accouchemens, dont le second avait nécessité la version du fœtus.

Le 5 août 1820, douleurs de son troisième accouchement. Le 6 août, à 3 heures de l'après-midi, trois accoucheurs essaient tour à tour l'application du forceps et l'introduction des mains dans l'utérus pour opérer la version, le tout en vain. Ces manœuvres successives ne cessèrent qu'à 11 heures du soir. Le 7, à 8 heures du matin, la malade est transportée à la Maternité dans un mauvais état. Les parties externes de la génération étaient rouges et extrêmement tuméfiées. Procidence de la main droite de l'enfant dans le vagin, ainsi que du cordon ombilical qui était noir, flétri et froid. Au-dessus était le pied droit, et au détroit supérieur la tête tuméfiée et présumée dans la deuxième position du vertex. On pratiqua la perforation du crâne, on broya l'encéphale, et après quelques tentatives infructueuses de version, on appliqua le crochet aigu. On termina ainsi l'accouchement. Ce travail avait duré trois quarts d'heure, mais il avait peu fatigué la malade. La main portée dans l'utérus sentit à droite et en arrière, au niveau de la réunion du col et du corps de l'organe, une large ouverture recevant aisément toute la main et laissant toucher les intestins grêles à nu. A 2 heures de l'après-midi, on extrait le placenta. Le pouls reste fort, plein; la peau est chaude; le ventre est sensible, mais sans douleur; point de lochies, point d'urines.

Le 10 août, sensibilité excessive de l'abdomen surtout à droite, mais peu de fièvre (*boissons adoucissantes; fomentation*, etc.); amélioration dans les jours suivans. Le 7 septembre, cette femme sortit fort bien portante : avant son départ, dit Mme Lachapelle, à qui nous empruntons ce fait, nous trouvâmes le col de l'utérus assez bas, fermé, profondément fissuré à gauche, et un peu échancré aussi en avant et en arrière. (Prat. *des accouchemens*, tom. III, p. 179.)

74e Observ. — Autre exemple. Rupture transversale du vagin avec le col utérin. Emploi des crochets. Guérison.

La nommée Manette Pan, âgée de vingt-huit ans, d'une forte constitution, d'un tempérament bilieux, ayant le bassin bien conformé, parvenue à la fin de sa première grossesse, fut appor-

tée à la maison d'accouchement, le 13 oct. 1815, à 6 heures du soir. Le travail de l'accouchement durait depuis cinq jours. Il y en avait quatre que les eaux étaient écoulées.

On apprit que plusieurs personnes avaient tenté d'opérer l'accouchement, soit par le forceps, soit par la version.... Face pâle, pouls très-faible, peau couverte d'une sueur visqueuse et froide; idées incohérentes; prostration extrême des forces; parties externes de la génération rouges et tuméfiées. Périnée rompu presque jusqu'au sphincter de l'anus. La tête de l'enfant occupait l'excavation du bassin et s'engageait déjà entre les lèvres. Une anse de cordon ombilical, qui précédait la tête, était sans pulsation : on l'avait liée. Les os du crâne étaient vacillans : les contractions de l'utérus avaient cessé. On procéda à la perforation du crâne : on dégagea facilement la tête ; mais on éprouva beaucoup de difficultés à extraire le tronc, l'utérus s'étant pour ainsi dire moulé à la forme de l'enfant. Après la sortie de celui-ci, il survint une légère hémorrhagie utérine... En introduisant un doigt dans le vagin, on reconnut qu'il était séparé du col de l'utérus dans toute sa moitié postérieure. Nuit très-alarmante: le pouls ne se relève pas, quoique l'hémorrhagie ait cessé. On soutient les forces par du bouillon, du bon vin, une potion cordiale. En même temps on applique des fomentations émollientes sur le ventre qui était devenu douloureux. Les lochies sont noirâtres et putrides. Le troisième jour, la sécrétion du lait se fait : dès lors l'état de la malade s'améliore.... elle guérit. Avant son départ de l'hospice, le vagin présentait peu de profondeur, l'orifice de l'utérus déformé se confondait avec les inégalités de la cicatrice dont il était impossible de le distinguer.

Il est présumable, dit Mme Lachapelle, qui nous fournit encore cette observation (*loc. cit.*), que les membranes s'étaient ouvertes dès le début du travail ; que la tête, encore au-dessus du détroit abdominal, laissa glisser au-dessus d'elle une anse de cordon ombilical; que l'enfant était vivant alors, et que sa mort fut l'effet de la compression des vaisseaux ombilicaux... La rupture du vagin fut sans doute produite par les efforts que l'on dut faire pour repousser la tête au-dessus du détroit abdominal, dans la vue d'aller chercher les pieds, et lorsque déjà elle avait franchi l'orifice de l'utérus; méthode vicieuse, qui ne manque presque jamais de produire cet accident.

§ 2. *L'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale.* Toutes les fois que l'enfant n'est pas entièrement passé dans l'abdomen, il est de précepte obligatoire de chercher à l'extraire par les voies naturelles en agissant sur la partie qui est restée dans l'utérus, ou engagée dans le col, au détroit supérieur ou dans le vagin. Ce n'est que quand cette partie n'offre pas de prise suffisante soit à la main, soit aux instrumens qui la suppléent, qu'on peut encore tenter d'aller chercher les pieds passés à travers la crevasse (*Voy.* obs. 75); mais cette marche n'est pas également facile à suivre dans tous les cas de rupture. Lorsque cet accident occupe le corps de l'utérus, et que la dilatation du col n'est pas suffisante, il faut d'abord détruire cet obstacle. Mais pour les ruptures du col ou de la région voisine du vagin, ruptures heureusement les plus communes, comme plus ordinairement alors les parties de l'enfant qui se présentaient à l'orifice utérin et au détroit abdominal y restent engagées, quoique tout le reste du corps ait traversé la crevasse, cette disposition favorise l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. Les procédés et les règles à suivre sont les mêmes que quand l'enfant est encore renfermé dans la cavité utérine.

§ 3. *C'est encore par les voies naturelles* qu'il convient de tenter la délivrance, *quand l'enfant* EST TOMBÉ ENTIÈREMENT DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE. Tel était le sentiment de *Rœderer*, de *Simon*, de *Douglas*, et tel est aussi celui qu'a proclamé *M. Deneux*. Ce précepte doit être cependant modifié par la nature des circonstances qui ont concouru à la production de la rupture, et qui existeraient encore. Tels seraient le volume trop considérable de l'enfant, la constriction squirrheuse du col utérin, le retrait de la matrice, le rétrécissement consécutif de la crevasse et l'étroitesse extrême des détroits pelviens, cas dans lesquels la gastrotomie est le seul moyen praticable, et offrant le plus de chances pour la conservation de l'enfant et le moins de dangers pour la mère.

Mais lorsque rien ne s'oppose essentiellement à la recherche de l'enfant et à son passage par les voies naturelles, il n'y a pas à balancer. Si on est là quand l'événement vient d'arriver, on ne donne pas le temps à l'utérus de revenir sur lui-même ; on le surprend alors que l'affaissement de ses parois succède à la violence des contractions et à l'impression dont ce sinistre les a frappées. On plonge donc la main et on l'engage à travers la crevasse, et on va chercher l'enfant dans son profond refuge. Ce sera nécessairement par les pieds qu'il sera saisi et amené. Dans cette manœuvre de version, il faudra bien des précautions pour violenter le moins possible les viscères abdominaux au milieu desquels on opère, et pour ne pas entraîner la masse intestinale avec l'enfant. Trop de précipitation peut avoir de plus graves inconvéniens que ceux qui résulteraient d'une marche lente et mesurée. (*Voy.* les obs. 75, 76 et suiv.)

§ 4. On doit supposer le cas où le tronc de l'enfant ayant été amené, la tête reste en dehors de la matrice, étranglée par le retrait de

l'organe et le resserrement de la rupture sur le col. Ou bien, l'enfant n'étant passé qu'incomplètement dans la cavité abdominale, son col se trouvera de même comme étranglé par la crevasse, soit que la tête fût restée saillante dans la cavité utérine, ou que ce soit le tronc. Il est évident que dans ces circonstances, qui se sont déjà rencontrées, on ne pourrait extraire l'enfant par les voies naturelles sans s'exposer à entraîner l'utérus, ou à provoquer d'autres et plus violens désordres que ceux déjà existans. On ne pourra pas toujours couler la main entre les parties intra-utérines et l'utérus contracté, pour aller écarter les bords de la crevasse, et lui faire franchir le partie fœtale qu'elle retient. Que faire alors ?

Abandonnera-t-on la malade aux seuls et alors impuissans efforts de la nature? La mort est inévitable. Je ne crois pas qu'il faille hésiter dans ces cas à pratiquer la gastrotomie; on pourra, par l'ouverture abdominale, aller dilater directement la crevasse resserrée, et, si elle résistait, lui appliquer le débridement par le bistouri. L'enfant est-il mort? la tête seul fait-elle saillie à la surface abdominale de l'utérus, tandis que le tronc est en grande partie engagé dans les voies naturelles? la détroncation me semble alors le procédé le plus avantageux. On épargnerait ainsi l'utérus, et après avoir extrait l'enfant, partie par les voies naturelles, partie par les voies gastrotomiques, on pourrait encore fonder quelque espoir de salut pour la femme.

Lorsque c'est à la suite d'une rupture du col ou de l'extrémité péri-utérine du vagin que le fœtus a passé dans l'abdomen, les difficultés pour l'aller chercher et l'extraire sont bien moindres que quand il y est tombé par une rupture du corps. Au vagin, la plaie conserve ses dimensions premières; au col, la rétraction étant beaucoup moins considérable qu'au corps, la déchirure, qu'elle soit horizontale ou verticale, ne perd que plus lentement et moins complètement de son étendue. Ces ouvertures se trouvent d'ailleurs, dans tous les cas, plus à proximité des voies d'excrétion fœtale.

Plusieurs exemples de succès plus ou moins soutenus, obtenus de l'extraction par les voies naturelles du fœtus tombé dans la cavité abdominale, doivent encourager à suivre cette marche, quand aucun autre obstacle ne s'y oppose. Nous allons reproduire les principaux de ces faits remarquables.

75e Observ.— Rupture à gauche vers le lieu d'union du vagin avec le col uterin. Passage de l'enfant dans l'abdomen. Extraction par les pieds.

La femme d'un charcutier, d'une constitution faible, d'une petite stature et d'une mauvaise conformation, éprouve les douleurs de l'enfantement, le 25 avril 1813. Elle avait déjà eu trois accouchemens laborieux, dans lesquels les enfans avaient succombé. Comme le travail se prolongeait et que l'enfant se présentait d'une manière vicieuse, M. Desprès appela M. Nauche. Les douleurs étaient peu considérables, les forces assez bonnes. Le ventre présentait deux tumeurs placées l'une au-dessus de l'autre et séparées par une espèce d'étranglement. L'orifice de l'utérus avait une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs. On sentait distinctement vers le côté gauche de cet orifice un pied dont les orteils étaient en devant; une tête qui s'était déjà engagée dans l'excavation; l'occiput tourné du côté du pubis, et une anse du cordon ombilical d'environ deux pouces de longueur: on attendit. Les douleurs se ranimèrent, et la tête parut faire quelques progrès dans l'excavation. Tout à coup la malade, sans avoir fait aucun mouvement, sans avoir éprouvé aucune secousse, sans avoir ressenti aucune douleur vive, fut prise de vomissemens; sa figure se décomposa et se couvrit des pâleurs de la mort. On toucha. La tête, le pied, tout avait disparu. La cavité de l'utérus ne contenait plus d'enfant, elle était vide. MM. Deneux, Gardien et Roux appelés, reconnurent une rupture de l'utérus située du côté gauche, vers le lieu de l'insertion du col avec le vagin, par lequel l'enfant avait pénétré dans l'abdomen. La malade, un peu remise, paraissait alors (deux heures après l'accident) plus tranquille. Point d'hémorrhagie apparente; plus de contractions utérines; le pouls, sans être fort, avait un certain degré de développement.

Après qu'on eut agité la question entre la gastrotomie et l'extraction par les voies naturelles, on se prononça pour cette dernière. M. Nauche trouva un pied à peu de distance de la rupture, il le ramena à l'orifice du vagin. M. Deneux alla ensuite chercher l'autre pied et parvint à terminer l'accouchement sans beaucoup d'efforts. L'enfant était mort. La mère ne paraissait pas extrêmement fatiguée. On lui appliqua sur le ventre des compresses trempées dans de l'eau de Goulard; elle succomba néanmoins deux jours après.

On remarquera l'absence de l'hémorrhagie. Nous ne chercherons pas à soulever le voile qui couvre la cause de cet accident. Nous ne dirons rien non plus sur l'influence fâcheuse qu'ont dû avoir les retards qui ont été mis entre le moment où l'événement est arrivé et celui où on a opéré la délivrance.

L'observation n° X du mémoire de Mme Lachapelle montre ce que l'on pourrait espérer des secours bien entendus de l'art, et des ressources profondes de la nature.

76e Observ. — Rupture transversale du col utérin à son union avec le corps. Passage et putréfaction

du fœtus dans la cavité abdominale. Extraction huit jours après l'événement. Guérison.

Une fruitière, âgée de trente ans, forte, sanguine, d'un embonpoint très-notable, avait eu déjà six enfans, quoique son bassin fût vicié. Ces enfans, il est vrai, étaient généralement fort petits. Le sixième avait seul été fort volumineux. Il était né spontanément, mais mort après un travail de 26 heures. La tête, qui s'était présentée dans la première position, offrait au frontal gauche un enfoncement avec fracture.

Dans l'année 1821, septième grossesse. Vers le cinquième mois, deux accès de convulsions se manifestèrent à huit jours de distance. On la saigna deux fois; elle fut en outre émétisée et purgée.

Le 26 juin, premières douleurs.

Le 27, à 4 heures du soir, ruptures des membranes; la tête reste au-dessus du détroit supérieur; pouls fébrile; face rouge; délire passager (saignée, bains de siége).

Le lendemain, même état; réitérations des mêmes moyens.

Le 28, douleurs nulles. Les mouvemens de l'enfant ont cessé de se faire sentir. L'orifice est épais, resserré, mais dilatable. La tête ne descend pas davantage. Les jours suivans, la fièvre se soutient, des vomissemens verdâtres ont lieu: un écoulement d'abord simplement aqueux, puis roussâtre, bourbeux et fétide, s'opère par la vulve. L'abdomen se ballonne, et la femme se plaint de douleurs passagères dans les lombes et fixes dans l'abdomen. Des injections poussées dans le vagin entraînent des débris de membrane et de placenta.

Le 6 juillet, dixième jour, cette femme est apportée à l'hospice. Ses forces sont assez bien conservées. La péritonite est évidente, et tout fait présumer une rupture subaiguë de l'utérus.

L'orifice était mou, ouvert, un peu régulier, mais sans déchirure. Parmi quelques débris, on amena un petit corps solide; c'était une dent incisive que la putréfaction paraissait avoir fait sortir des mâchoires d'un fœtus de volume médiocre. A quelque hauteur qu'on portât le doigt, on ne pouvait rien sentir de ce fœtus. En portant la main dans l'orifice utérin, je me trouvai, dit Mme Lachapelle, dans une ample cavité dont les parois étaient écartées et soutenues par des gaz putrides. Dans cette cavité, ma main n'était séparée de l'extérieur que par la simple épaisseur des parois de l'abdomen. Je pus m'assurer que j'avais traversé d'abord le col de l'utérus, puis une ouverture transversalement pratiquée entre le col et le corps de cet organe, ouverture assez large pour que la partie qui lui était supérieure fût détachée aux trois quarts du reste du viscère et renversée en arrière, seul point où l'on pût suivre la continuité des parois. Pour m'assurer de cette disposition, j'introduisis les doigts dans le fond de l'utérus, puis j'en embrassai la convexité avec toute ma main. Au milieu de ces recherches, je sentis un amas de lambeaux putrides dans lesquels je crus reconnaître les pieds d'un enfant. Je les tirai, et j'amenai ainsi en dehors la totalité d'un petit cadavre molasse et presque putréfié. Des gaz s'échappèrent en même temps avec bruit et à plusieurs reprises. Cette femme se rétablit promptement.

La guérison complète de la malade, malgré l'étendue de la déchirure, les désordres consécutifs, est digne de remarque. Il est vrai que, sans l'autorité de l'auteur de l'observation, je pourrais douter de la nature de l'accident et trouver dans les circonstances qui se sont suivies des explications bien incompréhensibles.

77e Observ. — Passage de l'enfant dans l'abdomen par une rupture transversale de la partie antérieure du col. Extraction. Guérison.

Une femme âgée de trente ans, petite, d'une constitution délicate, quoique jouissant d'une assez bonne santé, devenue grosse pour la quatrième fois, ressentit de légères douleurs pour accoucher, le 11 septembre 1784. Le lendemain, Douglas la trouva extrêmement inquiète, souffrant des douleurs très-aiguës à la région du pubis. On avait percé les membranes huit heures auparavant, et depuis ce temps, les douleurs s'étaient renouvelées régulièrement. Cependant l'enfant, qu'on sentait distinctement, n'était pas encore engagé dans le bassin. Les douleurs étaient si violentes, qu'à chacun de leur retour cette femme s'agitait en tous sens et se pliait pour ainsi dire en deux. Elle avait le pouls réglé, sans agitation, et ne se plaignait de douleur que dans les environs du pubis.

Vers les 7 heures du soir, Douglas trouva cette femme pâle, l'air égaré, le visage allongé et inondé d'une sueur froide: pouls très-faible, respiration courte: elle éprouvait de fortes angoisses et toujours la même douleur vers le pubis. Le toucher ne fit découvrir qu'un corps rond et mobile qu'on prit pour la tête de l'enfant. En avançant la main, cette partie cédait à l'impulsion des doigts, et en la portant plus avant, elle pénétrait dans une cavité qui ne ressemblait en rien à celle de la matrice. Douglas reconnut alors qu'il était parvenu dans l'abdomen, et trouva l'enfant placé sur le devant. L'utérus, contracté en forme de calebasse, était en arrière, et les intestins pendaient entre les doigts. Il saisit les pieds et amena l'enfant. Il reconnut bientôt que le placenta était aussi dans le bas-ventre, et il fut contraint de porter les mains une seconde fois pour le cher-

cher. Ce fut alors seulement qu'il reconnut que l'utérus était déchiré transversalement à la partie inférieure et antérieure, un peu au-dessus de l'attache du vagin. Après la délivrance, l'hémorrhagie ne fut pas plus forte que dans les cas ordinaires, mais la malade souffrit toujours à la région pubienne. Elle éprouva dans la suite beaucoup d'accidens qui furent calmés par un traitement méthodique, et elle fut guérie complètement le 27 octobre suivant. En l'examinant alors, Douglas ne trouva rien qui pût indiquer la maladie qu'elle avait précédemment éprouvée. (Anc. *Journ. de méd.* t. LXXVI, pag. 248.)

78e Observation. — Extraction de l'enfant passé dans l'abdomen par une rupture transversale.

Mme Kay, âgée de trente-trois ans, au terme de sa grossesse, ayant été occupée, le 19 novembre 1802, à un service violent, sentit les membranes se rompre, et les eaux de l'amnios s'évacuer. Les vraies douleurs ne prirent que le soir du 21. La sage-femme, arrivée à minuit, s'aperçut d'un commencement de dilatation à l'orifice. Les douleurs furent violentes et fréquentes toute la nuit, et pendant qu'elles sévissaient, la tête paraissait descendre ; mais l'orifice était toujours dur.

Le 22, entre onze heures et midi, la tête de l'enfant semblait être assez basse dans le bassin, lorsque la femme, pendant une douleur, s'écria que quelque chose s'était rompu en elle, et demanda à la sage-femme si elle n'avait pas entendu le bruit d'une déchirure. Aussitôt il sortit un peu de sang par la vulve. Les vomissemens et la difficulté de respirer survinrent; la malade se plaignit de grandes douleurs au ventre, mais le travail cessa. A sept heures du soir, on trouva le pouls peu sensible, et les membres de l'enfant s'offrant distinctement au toucher dans les parois du ventre. La tête était un peu au-dessus du détroit supérieur, qui était spacieux. Les parties molles était très-tuméfiées. On appliqua le forceps ; mais en rapprochant les branches, la tête s'en échappa, et entra entièrement dans le ventre. L'accoucheur engagea la main à travers une rupture de l'utérus, et alla chercher un pied de l'enfant au milieu de la masse intestinale.

Il termina l'accouchement en peu de minutes. Il introduisit de nouveau la main pour empêcher aucune portion d'intestins de s'incarcérer entre les lèvres de la déchirure. Celle-ci était immédiatement au-dessus du pubis, et était tranversale. Pendant tout le temps que dura la manœuvre, il sortit une grande quantité de sang, et l'hémorrhagie continua encore quelque temps après la sortie de l'enfant. La femme eut des nausées, des vomissemens, son pouls tomba entièrement, et ses extrémités se refroidirent. On lui administra d'une potion spiritueuse et quarante gouttes de laudanum. Après quelques accidens inflammatoires, la femme entra en pleine convalescence, dix-neuf jours après l'accident. (Hamilton, *Select. cas in midwif*, etc.)

On trouve beaucoup de faits analogues à ceux que nous venons de reproduire. Dans l'un d'eux, Delamotte alla chercher l'enfant dans la cavité abdominale et le ramena par le vagin. Smith, Blundell, Hamilton, M. Cambell, M. Henri, en rapportent de semblables.

B. *Symphyséotomie.* On retire aussi l'enfant au moyen de cette opération par les voies ordinaires. Elle a pour but de donner au bassin l'ampleur qui lui manque, à ses diamètres l'étendue nécessaire pour les mettre en rapport avec le volume de l'enfant. Mais on est généralement d'accord de lui préférer la gastrotomie, qui expose à moins de désordres, est d'une pratique plus facile, et qui convient à presque tous les cas ; tandis que la symphyséotomie ne serait indiquée, dans ceux qui nous occupent, que si la tête était enclavée dans le bassin. On sait maintenant à quoi s'en tenir sur ces prétendus enclavemens, qui, s'ils sont possibles, sont au moins excessivement rares. Nous ne nous arrêterons donc pas plus long-temps sur cette opération, dont la discussion de convenance et les détails n'appartiennent pas d'ailleurs à notre sujet.

C. *Extraction de l'enfant par une route artificielle. Gastrotomie, gastro-hystérotomie.* Enfin l'extraction par les voies naturelles peut n'être pas possible, soit à cause des obstacles insurmontables dépendant d'un défaut trop considérable de proportion entre le volume de l'enfant et les diamètres du bassin, soit, dans les cas de rupture utérine sur-cervicale, parce que le col utérin serait affecté d'altération trop profonde, comme d'engorgement squirrheux ou autre, soit parce que l'enfant étant passé en totalité ou en partie dans l'abdomen, la réduction de la matrice, dont les parois sont devenues inextensibles, et dont les orifices se sont fermés, ne permet plus à la main d'entrer dans ce viscère, et d'aller pénétrer dans l'abdomen à travers la rupture elle-même rétrécie. Cette opération est encore nécessitée quand l'extraction par les voies naturelles ne pourrait s'obtenir qu'au détriment de l'enfant, en le mutilant : moyen extrême, essentiellement contre-indiqué quand on a quelque espoir de sauver cet être.

Sans doute que les succès de cette opération, qui n'est pas toujours sans danger dans les cas ordinaires, sont encore plus douteux ici, environnée qu'elle est de conditions défavorables, et faite dans des circonstances déjà funestes par elles-mêmes. Mais il faut considérer que la mère et l'enfant sont exposés à une mort pres-

que inévitable, et qui ne se fera peut-être pas long-temps attendre ; tandis que, par la gastrotomie, l'on peut raisonnablement espérer de sauver au moins une de ces victimes.

Si on ne consultait que l'intérêt de l'enfant, cette opération serait beaucoup plus avantageuse pour sa conservation que l'extraction par les voies naturelles, qui, dans les cas de rupture, ne peut s'opérer sans l'emploi de manœuvres ou d'instrumens qui le violentent et portent nécessairement atteinte à sa frêle existence. Ces derniers moyens demandent ordinairement, pour leur exécution et leur accomplissement, un temps plus considérable qu'il n'en faudrait pour parvenir à l'enfant et l'extraire par l'incision des parois abdominales.

Relativement à la mère, la question de la préférence à accorder à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles ou à la gastrotomie a été diversement résolue ; nous nous prononcerions pour l'opération. On sait que les plaies des parois abdominales n'offrent par elles-mêmes que peu d'inconvéniens, peu de dangers ; on sait que l'on a beaucoup exagéré l'influence du contact de l'air sur les membranes séreuses, et d'ailleurs ce contact peut avoir et a eu souvent lieu impunément dans beaucoup de ruptures utérines, et il serait également provoqué par les manœuvres d'exploration et d'extraction par les voies ordinaires. Si donc l'on compare les dangers seulement traumatiques et conséquemment généralement peu graves attachés à la gastrotomie, aux dangers qui peuvent résulter des désordres, des violences que l'on ne peut éviter de porter dans le péritoine et dans les viscères de l'abdomen pour aller reconnaître, chercher, saisir, retourner et amener l'enfant tombé dans cette cavité, afin de le ramener par les voies naturelles, de quel côté doit pencher la balance ? On doit tenir compte, au profit de la gastrotomie de la faculté que cette opération donne de pouvoir débarrasser la cavité abdominale de tout ce qui s'y sera épanché d'étranger, et dont quelques parties échappent facilement aux recherches par les voies naturelles, ou qui s'épanchent après le retrait de la matrice ; nous noterons aussi la possibilité d'un étranglement insurmontable opéré par les bords de la crevasse brusquement rétrécie sur le col de l'enfant, qui ne l'aura traversée qu'en partie. Nous avons déjà démontré la nécessité, dans ces cas, d'ouvrir l'abdomen et d'aller, suivant le conseil qu'en a donné Crantz, débrider l'ouverture utérine serrée autour de l'enfant, si l'on veut éviter la mort, autrement inévitable, et de la mère et de l'enfant. Nous ajouterons enfin la possibilité d'un étranglement intestinal ou épiploïque par la rupture, après la délivrance par les voies naturelles, circonstance qui nécessiterait la gastrotomie secondaire.

Toutes ces raisons nous semblent militer en faveur de cette opération ; nous sommes intimement convaincu que, faite à temps, elle offrirait plus de chances de salut et pour la mère et pour l'enfant que les tentatives d'extraction par les voies naturelles : nous ne réserverions cette dernière méthode que dans les cas où l'enfant présenterait les pieds au voisinage de la rupture.

Nous ne voyons qu'un motif du rejet de la préférence que nous réclamons pour la gastrotomie, motif puissant, que peu d'hommes auront le courage de braver, c'est la responsabilité. Que par des manœuvres imprudentes, des tentatives malencontreuses d'extraction de l'enfant, un chirurgien sacrifie celui-ci et la mère, il aura un brevet d'impunité; le vulgaire n'aura été témoin que de ses peines, de ses fatigues, tout se sera passé hors de la vue. Mais qu'un homme habile juge une opération indispensable dans l'intérêt de l'un des deux êtres dont l'existence lui est confiée, si un succès complet ne vient pas couronner ses efforts éclairés, il ne sera qu'un assassin ; et des hommes qui se disent ses confrères, ne seront pas les derniers à l'accuser. L'exemple de Baudelocque, d'autres encore plus récemment arrivés ne sont pas propres à permettre toujours à l'homme de l'art de ne prendre pour guides que ses lumières, sa conviction et sa conscience. Mais, en réclamant l'impunité pour notre art, nous réclamerons aussi la sécurité pour l'humanité. Il n'est malheureusement que trop vrai que la pratique des accouchemens est généralement livrée à l'impéritie et à l'ignorance la plus profonde de sages-femmes sans instruction, d'officiers de santé qui, sortis pour la plupart des rangs de l'armée, n'ont de succès que ceux que le hasard leur donne. Combien ne doivent-ils pas à cette bienfaisante nature, toujours prête à seconder nos efforts, à suppléer à notre ignorance, à corriger nos erreurs, quand elle ne les couvre pas de six pieds de terre ! On a déjà fait quelques pas dans l'amélioration de l'instruction obstétricale; il faudrait songer à la compléter. Nous espérons, avec tous nos confrères vraiment dignes de ce titre, que la nouvelle organisation médicale, tout en assurant enfin l'indépendance absolue de notre art, exigera rigoureusement les conditions indispensables de capacité et d'instruction de la part de ceux qui l'exercent.

Il n'entre pas dans notre sujet de donner une histoire complète de la gastrotomie. Nous devons nous borner à la considérer exclusivement dans ses applications aux cas de ruptures de l'utérus, et à faire connaître les modifications que ces circonstances lui imposent et les particularités qu'elles réclament en conséquence.

Nous terminerons par l'exposé des faits qui prouvent ce que l'on est en droit d'attendre

de cette opération appliquée aux ruptures utérines.

Quand la femme vient de succomber et que l'on pratique la gastrotomie dans l'espoir de sauver l'enfant, l'incision des parois abdominales doit être faite dans le lieu le plus voisin de l'endroit où se trouve le fœtus, et dans la direction la plus favorable pour sa prompte et facile extraction.

Lorsque l'enfant est présumé mort et que la gastrotomie est indiquée dans le seul intérêt de la mère, on pratique cette opération aux lieux d'élection, c'est-à-dire qui sont reconnus les plus favorables pour éviter des organes importans, comme les artères hypogastriques, en épargner d'autres, comme les muscles. Nous n'avons pas à nous prononcer ici sur la préférence à accorder soit à l'incision de la ligne blanche, soit à celle des parties latérales de l'abdomen.

Le même précepte est applicable aux cas dans lesquels on a l'espoir de sauver et la mère et l'enfant. Les dangers présens ne doivent pas faire oublier les accidens à venir. Il faut aussi, dans tous les cas, avoir égard au siége de la rupture indiqué par la douleur aiguë qui a manifesté sa formation, etc.

L'étendue de l'incision des parois abdominales doit être proportionnée au volume de l'enfant : en général il vaut mieux la faire un peu trop grande que trop petite. L'obligation où l'on se trouverait dans ce dernier cas d'agrandir ensuite la plaie ou de l'exposer à des violences pour l'extraction, rendrait cette réserve plus préjudiciable que ne le serait une longue incision faite du premier coup.

Lorsque la rupture arrive à une époque peu avancée de la grossesse, alors que les produits épanchés de la conception ont de la tendance à se maintenir vers l'excavation pelvienne, on a aussi le choix entre les deux méthodes médiane et latérale.

Les parois abdominales étant ouvertes, on écarte avec précaution les intestins qui se présentent : on va à la recherche de l'enfant, si toutefois il ne se présente pas immédiatement; on le saisit de préférence par les pieds, et on l'amène au dehors; puis on extrait par la même voie les secondines et les caillots de sang.

Mais que doit-on faire lorsque le placenta se trouve retenu dans la cavité utérine et que la crevasse est rétrécie au point de ne plus permettre son extraction par cette voie? Nous conseillerons alors de conserver le cordon le plus long possible; on en fixerait l'extrémité libre à une tige que l'on ramènerait à travers la rupture utérine par le vagin et la vulve; on retirerait aussi le cordon par là : on attendrait ensuite la délivrance spontanée par les voies naturelles, ou on la favoriserait par les moyens ordinaires.

L'opération étant terminée, on réunit les bords de l'incision abdominale au moyen de points de suture, en laissant toutefois un espace vers la commissure la plus déclive, dans laquelle on engage une mèche, afin de favoriser l'écoulement des liquides sanguins ou purulens qui pourraient s'épancher ultérieurement dans la cavité abdominale.

On ne saurait trop se pénétrer que le succès de la gastrotomie appliquée aux cas de ruptures de l'utérus, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, dépend de la promptitude que l'on met à l'employer. On a sauvé quelques victimes par cette opération, mais il est probable qu'on en eût sauvé un bien plus grand nombre, si on l'eût toujours pratiquée dans les cas où elle était évidemment indiquée, et si, lorsqu'on y a eu recours, on ne l'eût pas différée de plusieurs heures.

79e Observ. — Rupture du corps de la matrice. Chute de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale. Gastrotomie. Guérison complète.

Le 4 octobre 1767, la femme d'un notaire du Mans, parvenue au terme de sa grossesse, perdit ses eaux. Thibault trouva l'orifice de la matrice à peine entr'ouvert; les douleurs ne commencèrent que dans la nuit suivante : vers les cinq heures du matin, on sentit que la tête de l'enfant se présentait. Sur les deux heures de l'après-midi, tout annonçait une prochaine et prompte délivrance. Vers les deux heures et demie, la femme se plaignit d'une douleur singulièrement aiguë, mais passagère, vers la partie supérieure et latérale gauche du ventre, après laquelle M. Thibault ne put trouver ni l'enfant ni le placenta dans la matrice. Il jugea dès lors qu'ils étaient tombés dans le ventre : il prévint la femme de cet accident et de la nécessité de se soumettre à la gastrotomie, opération qu'il pratiqua peu de temps après en présence de quatre confrères. Il fit une incision du côté où la douleur aiguë s'était manifestée, et découvrit aussitôt la tête de l'enfant, dont le corps était couché transversalement sur les intestins, les pieds répondant au côté droit. Un des consultans en fit l'extraction, ainsi que du placenta et du sang épanché, pendant que M. Thibaut écartait avec ménagement les lèvres de la plaie et s'opposait à l'issue des intestins. On pratiqua trois points de suture en réservant au bas de la plaie une issue convenable aux fluides qui pourraient encore s'épancher, et on appliqua l'appareil ordinaire. L'enfant était mort et le cordon formait trois circulaires sur son col. Si on eût pu opérer la gastrotomie aussitôt qu'on s'est aperçu de l'événement, au lieu d'attendre la convocation et la réunion des

autre médecins et chirurgiens de la ville, peut-être l'aurait-on eu vivant.

Le lendemain l'appareil fut levé ; il était rempli de sang : on réduisit une portion d'intestin qui s'était échappé entre le second point de suture et l'inférieur ; on en fit un quatrième dans l'intervalle de ceux-ci : on lia l'épiploon qui s'était échappé par l'angle inférieur de la plaie, et on couvrit celle-ci d'un plumasseau chargé de baume d'Arcœus ; le tout fut soutenu par des compresses et un bandage convenable.

Point de fièvre alors, mais vomissemens fréquens ; ventre fort tuméfié et douloureux. Aucune évacuation ne s'était faite par le vagin, et les urines seules coulaient abondamment. Deux lavemens sont administrés : la nuit suivante, évacuations. Les vomissemens dès lors disparaissent.

Le quatrième jour, il y eut un peu de fièvre. Il parut au bas de l'hypocondre droit une tumeur considérable et douloureuse, qui diminua les jours suivans à mesure que les selles augmentèrent. La plaie était en bon état et la suppuration commençait à s'établir. Le sang cessa de couler par cette voie, le septième jour. Des lochies abondantes, tantôt roussâtres et tantôt jaunâtres, parurent par le vagin, et les seins se tuméfièrent. La portion d'épiploon qu'on avait liée tomba le septième jour, et il y eut un peu de fièvre dans la soirée et le jour suivant, sans que l'état de la plaie en fût altéré en aucune manière. Celle-ci commença à se cicatriser dès le neuvième jour, et on coupa les points de suture le quatorzième ; enfin la guérison fut complète le trentième (1).

80e Observation.—Gastrotomie opérée avec succès deux fois sur la même femme, à l'occasion de ruptures utérines.

La femme de Charles Dumont, vigneron à Saint-Jean-de-la-Ruelle, près d'Orléans, âgée de trente-un ans environ, d'une forte constitution, et à terme de son quatrième enfant, ressentit les plus vives douleurs pour accoucher, le 8 août 1775, depuis le commencement du jour jusque vers les huit heures du soir ; mais, à cette époque, elles cessèrent immédiatement après qu'elle en eut éprouvé une dernière dont la force lui arracha un cri qui effraya les personnes qui l'entouraient, et la plongea dans une syncope. La sage-femme, non moins étonnée, voyant le sang couler, introduisit la main dans la matrice, et fut bien plus surprise encore de n'y plus trouver l'enfant. La femme ayant cessé de souffrir, on attendit jusqu'au lendemain onze heures, et voyant que les syncopes devenaient plus fréquentes, que le pouls était convulsif, et que les extrémités se refroidissaient, on eut recours à M. Lambron, professeur et démonstrateur aux écoles de chirurgie d'Orléans... Il introduisit la main dans la matrice, et reconnut que l'enfant n'y était plus, et était passé dans le bas-ventre. Il remarqua aussi que la saillie du sacrum rétrécissait l'entrée du bassin. Il proposa la gastrotomie ; mais on voulut avoir l'avis de M. Theiseneau, chirurgien d'Oléans, et l'opération ne fut pratiquée que sur les deux heures de l'après-midi, environ dix-sept heures après la rupture.

Le lendemain de l'opération, l'appareil paraissant très-sec, ce qui fit craindre que les matières ne fussent retenues dans le ventre par la trop grande approximation des bords de la plaie, on coupa le point de suture inférieure pour leur donner issue, mais il n'en sortit qu'environ une cuillerée. Le deuxième et le troisième jour n'offrirent rien de remarquable. Aucun écoulement ne se faisant par la plaie, on supprima la bandelette effilée. Le quatrième, les lochies commencèrent à paraître ; elles étaient noirâtres et d'une odeur désagréable. La malade n'ayant pas encore été à la garde-robe, on lui administra un lavement qui produisit l'effet qu'on en attendait. Le cinquième, la tuméfaction et la sensibilité du ventre déterminèrent à couper les deux autres points de suture. On ne mit sur la plaie, qui était alors très-sèche, que de la charpie, des compresses, et une flanelle trempée dans une décoction émolliente. Le sixième jour, l'appareil était chargé d'une grande quantité de pus sanieux et fétide. Les bords de la plaie des tégumens étaient écartés de trois travers de doigt ; le tissu cellulaire des environs était comme gangrené, tandis que les parties charnues paraissaient bien réunies. On fit des fomentations avec une décoction de persicaire, dans du vin blanc qu'on anima d'un peu d'esprit de vin camphré. Le douzième jour, la plaie était belle et vermeille. Les lochies étant putrides et de mauvaise odeur, on fit des lotions dans le vagin avec la même décoction. Jusqu'au vingt-septième jour les lochies se montrèrent plus abondantes et de meilleure qualité. Le ventre se détendit, et cessa d'être douloureux ; le sommeil et l'appétit revinrent. La malade semblait enfin toucher au terme de sa guérison ; mais dès le 28 ces heureuses dispositions disparurent, et de nouveaux accidens s'annoncèrent avec plus de danger que les premiers. De vives douleurs se firent sentir dans toute la région hypogastrique. Le 29, on y découvrit une tumeur de la grosseur du poing, qui s'ouvrit spontanément quatre jours après, et qui rendit abondamment un pus sanguinolent de mauvaise odeur. Une escarre gangréneuse parut au même endroit ; l'ulcère qui succéda à sa chute, pansé

(1) Ancien *Journal de médecine*, année 1768.

avec de la charpie sèche, fut parfaitement cicatrisé dans l'espace de quinze jours.

Pendant le traitement de cet ulcère, la malade rendit plusieurs vers strongles vivans par la bouche et le fondement. Il en sortit également dix-huit du foyer de l'abcès, et huit par le vagin. Malgré cet accident, la femme se rétablit au point qu'elle put se livrer aux travaux de la campagne au bout de six semaines, à compter du moment de l'opération.

Les mamelles, qui ne s'étaient pas tuméfiées dans le cours du premier mois, s'engorgèrent ensuite de lait.

Cette femme redevint enceinte. Le 30 décembre 1779, elle fit appeler M. Lambron. Elle n'avait alors que de faibles douleurs, mais les eaux s'écoulaient. A dix heures du matin, orifice de la matrice entr'ouvert, la tête de l'enfant se présente. Les douleurs augmentèrent; mais au moment où la plus vive se faisait sentir, cette infortunée annonça par un cri singulièrement aigu que son ventre se déchirait. Elle tomba en syncope, et les douleurs discontinuèrent. On sentit l'enfant fuir de l'utérus déchiré. La gastrotomie fut pratiquée au bout de quelques instans.

Le ventre était excessivement douloureux, et l'enfant ne se manifestait pas plus d'un côté que de l'autre. M. Lambron se décida à opérer du côté droit, présumant que la matrice s'était déchirée au même endroit que dans l'accouchement précédent; il fit une incision à un travers de doigt et en dehors de la cicatrice résultant de la première opération. Le péritoine étant ouvert, il n'aperçut que l'utérus et les intestins dont plusieurs circonvalations étaient adhérentes à la cicatrice ancienne. Il détruisit avec tout le soin possible celles de ces adhérences qui s'opposaient à son but, et il plongea la main dans le côté gauche du ventre en passant au-devant de la matrice, pour aller prendre les pieds de l'enfant qui était couché le long des vertèbres de sa mère, il en fit l'extraction, de même que du placenta et du peu de sang qui s'était épanché dans l'abdomen. Cet enfant donna quelques signes de vie pendant une demi-heure, mais on ne put le conserver. M. Lambron n'a pu reconnaître dans le cours de cette opération le lieu où la matrice s'était déchirée. Il réduisit les intestins qui étaient sortis; il pratiqua la suture en commençant par l'angle inférieur de la plaie, dont il ne rapprocha les bords qu'à la distance de deux lignes pour conserver une issue au sang qui pourrait encore s'épancher. Il la couvrit de compresses, imbibées de vin chaud; beaucoup de sang sortit par cette ouverture pendant les quatre premiers jours. Au sixième jour, la suppuration était bien établie, et les bords étaient vermeils mais enflammés. On coupa les points de suture : on s'aperçut que la membrane extérieure des intestins suppurait et que les bourgeons charnus qui s'élevaient de la surface dénudée se réunissaient à ceux des parties voisines.

L'accident qui avait exigé la gastrotomie, et cette opération elle-même n'eurent que les suites d'un accouchement ordinaire. La femme dormit pendant plusieurs heures dès la première nuit, et ne ressentit que peu de douleurs dans le bas-ventre durant les sept ou huit premiers jours, encore purent-elles être regardées comme des tranchées utérines. Les lochies coulèrent librement dès les premiers instans par les voies naturelles; elles étaient d'un rouge pâle et sans fétidité. Les seins s'étaient tuméfiés le quatrième jour : le mari téta sa femme et continua de le faire pendant trois semaines. Première selle le huitième jour. La guérison fut prompte et complète.

Enfin cette femme étant redevenue grosse encore après cette seconde opération, dont elle ne ressentait aucune incommodité, accoucha naturellement, le 31 août 1781, d'un enfant bien portant, mais très-petit.

Je pourrais multiplier les exemples de succès obtenus de la gastrotomie dans des cas de ruptures utérines pendant le travail de l'enfantement, analogues à ceux qui viennent d'être rapportés. Je rappellerai seulement ceux observés ou publiés par Sommer (*Med. Repont. new. ser.*, vol. IV); Néville (*Med. sor. of London*, février, 1824); Powel (*Trans. of London*, vol XII); M. Macenzie (*Lond. Med. Gaz.*, octobre 1830); Fritzel (*Trans. of Island*, volume I), etc.

Hystérotomie vaginale. Ce que nous avons dit de cette opération dans tous les cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse, est applicable à quelques unes de celles qui ont lieu pendant l'accouchement. Elle présenterait, par exemple, moins d'inconvéniens et de dangers que la gastrotomie dans les cas où la rupture ayant lieu au corps ou au segment inférieur de l'utérus, l'enfant serait encore dans la cavité utérine et que l'événement aurait été produit à l'occasion d'obstacles à l'accouchement résidant au col utérin, ainsi que cela a lieu dans les cas d'occlusion, de rigidité ou de déviation complète du col et des orifices utérins.

Ne peut-il pas aussi arriver tel cas où il serait plus facile et moins dangereux, en cas de chute complète de l'enfant et dépendances dans l'abdomen, d'arriver jusqu'à lui à travers les parois du vagin ou même du rectum?

§ 3. *Extraction du placenta.* Quelquefois ce corps détaché par l'effet du travail parturitif, sort seul, l'enfant étant retenu en totalité ou en partie dans la cavité utérine, ou ayant été jeté complètement dans l'abdomen, comme dans l'observation de Saucerotte; d'autres fois le placenta reste en sa place première, ou

bien il est versé avec l'enfant dans la cavité péritonéale, ainsi que cela est arrivé dans le fait publié par Fleury.

Quand le placenta a conservé ses rapports avec la matrice, son extraction doit suivre celle de l'enfant et par les mêmes voies naturelles ou artificielles, comme aussi quand ce corps a été expulsé avec celui-ci dans l'abdomen.

Mais lorsque le placenta est resté dans la matrice, tandis que l'enfant est tombé dans le ventre, si la gastrotomie est pratiquée, et que le retrait de l'utérus et le resserrement de la déchirure ou les adhérences de ce corps n'en permettent pas l'extraction par la même voie, il faut, ainsi qu'il a été dit plus haut, ramener le cordon par la vulve à travers la rupture et le vagin au moyen d'une tige solide et flexible; alors cette extraction ultérieure se trouve soumise aux règles ordinaires.

§ 4. Les mêmes règles sont appliquables relativement à la voie par laquelle on doit opérer l'extraction du sang, des eaux, etc., épancheés dans la cavité abdominale. Il est urgent de la débarrasser de la totalité de ces matières, quelques parcelles pouvant suffire pour former le noyau de dépôts consécutifs.

2o Traitement relatif à la mère.

§ 1er. *Déplacement intestinal ou épiploïque à travers la rupture.* La chute d'une anse intestinale, à travers une rupture du col utérin ou du vagin, peut se reconnaître et doit être réduit avant de procéder à la délivrance.

Lorsque l'accouchement est terminé naturellement ou artificiellement, il est urgent de s'assurer par l'exploration attentive du vagin, de la cavité utérine et de la crevasse elle-même, si quelque partie d'intestin ou d'épiploon ne s'y serait pas engagée; il faudrait alors la refouler dans l'abdomen et l'y retenir avec les doigts jusqu'à ce que les contractions de l'utérus aient réduit cet organe et rétréci l'ouverture suffisamment pour ne plus laisser d'inquiétude sur la récidive du déplacement. On laissera donc, d'après le précepte établi à ce sujet, la main dans la matrice jusqu'à ce que ce résultat soit obtenu.

Cette récidive est plus facile, mais aussi moins inquiétante dans les ruptures du col et du vagin. Là il est encore possible d'obtenir la réduction à travers les crevasses qui ne se rétrécissent pas aussi vite qu'au corps de la matrice. On peut d'ailleurs prévenir le retour du déplacement au moyen d'un tamponnement méthodique.

Quand des signes d'étranglement se manifestent après la délivrance, et lorsqu'il est devenu impossible de pénétrer dans la cavité utérine revenue sur elle-même, la méthode de Pigrai pourrait alors offrir le moyen de détourner les dangers attachés à ce nouvel et redoutable accident. On pratiquerait donc sur la ligne blanche, au-dessus des pubis, une boutonnière ou incision suffisante pour laisser pénétrer les doigts jusqu'à la rupture; on saisirait l'intestin déplacé, et on le tirerait vers la cavité abdominale.

Peut-il se faire que le rétrécissement de la crevasse soit assez fort pour empêcher cette réduction ? Ne serait-il donc pas nécessaire, si le cas échéait, d'agrandir l'ouverture faite aux parois abdominales, afin de pouvoir porter le bistouri sur l'étranglement et le débrider? Ne peut-on pas espérer d'arracher par ce moyen la femme à une mort certaine ? Je pense qu'il n'y aurait pas à hésiter en pareille circonstance.

§ 2. *Traitement de la faiblesse et des troubles de l'innervation.* L'état général de la malade doit fixer l'attention du praticien. Il ne doit pas être négligé, quelle que soit la détermination que l'on prenne relativement à la délivrance. Il peut même être urgent de songer d'abord aux dangers plus immédiats, plus pressans que court la malheureuse femme. L'épuisement des forces par un travail long et laborieux, ou par les tentatives inutiles de délivrance déjà opérées, ou par la perte plus ou moins considérable de sang, provoque des syncopes redoutables : la violence de la douleur, l'impression néfaste de l'événement portent dans l'innervation un trouble dangereux qui se manifeste par des vomissemens, des convulsions, accidens qui, si on les négligeait, pourraient compromettre le succès des manœuvres ou des opérations que le cas requiert. A moins donc d'indication très-pressante, on ne doit soumettre la femme aux manœuvres ou opérations nécessitées par une rupture de la matrice, qu'après l'avoir mise dans les conditions générales les plus favorables pour qu'elle puisse supporter ces nouvelles atteintes. C'était le sentiment de M. Piet, que nous partageons. On fera donc respirer des émanations stimulantes ou aromatiques : on administrera des boissons légèrement stimulantes, toniques, anti-spasmodiques.

Les opiacés administrés avec prudence, mais sans parcimonie, peuvent être ici d'un grand secours. La médecine anglaise en fait usage avec succès. Quelques cuillerées de bouillon et de bon vin seront aussi données dans le même but. On y fera concourir également les applications chaudes autour des extrémités glacées, les frictions sèches ou irritantes sur toute la surface du corps offrant alors les pâleurs de la mort. Les encouragemens à la malade, un air d'espérance et de conviction, quoique vous en ayez peu, ne sont pas non plus à négliger. On a vu dans l'observation

les bons effets de cette méthode préparatoire, sans laquelle la malade aurait pu succomber pendant les manœuvres de sa délivrance.

§ 3. *Traitement de l'hémorrhagie, tamponnement.* L'hémorrhagie externe, soit avant, soit après la délivrance, n'a lieu ordinairement que quand la rupture a son siége au col utérin et qu'elle a envahi les vaisseaux qui l'avoisinent. Le tamponnement peut alors avoir de l'efficacité, mais on ne doit employer ce moyen qu'avec beaucoup de réserve, quand la rupture s'étend jusqu'au péritoine; car alors on empêcherait bien le sang de couler au dehors, mais on favoriserait son épanchement dans la cavité abdominale. Lorsque cette membrane est restée intacte, le tamponnement est plus essentiellement indiqué.

81e Obs. — Déchirure du col et des vaisseaux utérins. Tamponnement.

Smélie, appelé auprès d'une femme qui avait une grande hémorrhagie, et ayant trouvé l'orifice de la matrice dilaté, la délivra. Pendant la manœuvre, l'orifice qui était mince, tendu et rigide, se déchira de côté, ce qui rendit pour le moment la délivrance plus facile. L'hémorrhagie diminua après l'accouchement, mais elle revint deux heures après, cessa de nouveau, et reparut le lendemain sous forme d'une perte qui mit la femme en danger. « Le sang paraissait venir, dit cet auteur, de la rupture de quelque vaisseau de l'orifice de l'utérus. On l'empêcha de couler en introduisant dans le vagin une éponge trempée dans une solution d'alun. La femme se rétablit. »

§ 4. *Épanchement sanguin.* La première indication à remplir est d'arrêter les progrès de l'épanchement, de maîtriser l'hémorrhagie. Nous ne reviendrons pas sur les moyens propres à atteindre ce but, et sur lesquels nous sommes entrés précédemment dans des détails également applicables aux cas présens.

J'ajouterai que l'emploi du seigle ergoté pourrait être avantageux dans ces cas. Comme l'hémorrhagie, dans les ruptures du corps de la matrice, provient principalement des décollemens du placenta et résulte de la non rétraction des parois utérines avec lesquelles cette masse était en rapport, ce médicament a, par sa propriété reconnue hémostatique, et par celle plus puissante de déterminer les contractions utérines, une double action favorable pour ces cas. Cependant il ne serait applicable que si la délivrance était opérée, ou si l'enfant et toutes ses dépendances étant passés dans la cavité abdominale, il n'y avait pas possibilité de le ramener par les voies naturelles.

La seconde indication est de débarrasser la cavité abdominale du sang qui y est épanché. S'il existe encore quelque communication entre les voies génitales et cette cavité, soit que l'utérus ne fût pas encore revenu sur lui-même, soit que la rupture existât au col ou au vagin, c'est par là qu'il faudrait extraire ces caillots et donner issue au sang. Si toute communication se trouve interrompue, la gastrotomie peut devenir nécessaire; mais, je le répète encore, on ne doit s'occuper de l'épanchement que quand on est bien certain que la source en est arrêtée. Autrement, que servirait de lui donner issue? De nouveau sang aurait bientôt remplacé celui qu'on aurait enlevé, et avec d'autant plus de facilité que la présence du premier et l'intégrité des parois abdominales n'offriraient plus un obstacle compressif à l'hémorrhagie.

Quand celle-ci résulte d'une rupture du corps de l'utérus, on peut être certain qu'elle est arrêtée quand cet organe est revenu sur lui-même.

Peut-être même conviendrait-il, après qu'on a mis un terme au progrès de l'épanchement, de l'abandonner à lui-même, s'il était peu considérable. Il pourrait être résorbé ou expulsé plus tard par un mouvement d'abcédation. Toutefois, le peu d'étendue qu'il suffit de donner à l'incision des parois abdominales ne rendrait pas l'emploi de la gastrotomie fort dangereux dans ce cas.

§ 5. *Traitement de l'inflammation.* L'inflammation, suite inévitable de la lésion dont l'utérus a été frappé, n'offre pas de danger plus grand que celle à laquelle cet organe est exposé dans les accouchemens laborieux ordinaires. Il ne paraît pas non plus que la présence plus ou moins prolongée du sang, des eaux, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale, prédispose davantage, quand on en a fait l'extraction par les voies naturelles ou gastrotomiques, à une phlegmasie bien grave. Nous avons vu aussi que lors même que ces corps étaient retenus dans cette cavité, l'inflammation consécutive ne portait pas toujours un caractère d'acuité et de violence qui rendît cette affection plus immédiatement dangereuse que quand elle succède aux accouchemens naturels.

Mais cette affection ne présente pas toujours ce caractère de bénignité, quels qu'aient été les résultats de la rupture. A part les causes ordinaires, qui même dans les accouchemens naturels prédisposent à la métro-péritonite puerpérale, cette affection, en général grave, se trouve encore ici plus imminente par suite des fatigues et des froissemens résultant d'un travail laborieux, de l'impression et des violences que les matières épanchées, et surtout l'enfant par sa présence et ses mouvemens, ou enfin que les opérations et manœuvres pratiquées pour l'extraire, ont produit sur le péritoine et les viscères abdo-

minaux. Ainsi, quand on est parvenu à délivrer la femme, n'importe par quelle voie, à détruire l'épanchement et arrêter l'hémorrhagie, il faut se garder d'attendre dans une imprudente expectation l'explosion des accidens inflammatoires. L'attention du praticien doit être dirigée sur l'état des parties génitales, de l'utérus, de l'abdomen. Il doit écarter soigneusement tout ce qui est susceptible de favoriser ou d'exciter le développement de l'inflammation. Ce n'est pas tout d'avoir été accoucheur habile, chirurgien expert, maintenant il faut qu'il déploie les qualités de médecin. C'est en de telles circonstances que l'on sent la nécessité de réunir les connaissances et l'expérience propres à chacune de ses parties de l'art de guérir. Au premier indice d'inflammation, on opposera donc le traitement antiphlogistique, dont on proportionnera l'appareil à l'imminence de l'affection, à son intensité et à son étendue. On ne s'attend pas que nous entrions dans des détails sur les règles qu'exige ce traitement ; elles ne diffèrent en rien de celles que réclame la métro-péritonite dans les cas ordinaires. Je dirai seulement qu'on ne doit pas s'attacher à des demi-moyens, mais combattre hardiment, largement et surtout promptement une maladie dont le développement est souvent si intense, la marche si rapide, et la terminaison si promptement funeste.

Lors même que tout ou partie des corps épanchés dans l'abdomen n'en aurait pas été extrait, l'observation rigoureuse de ces préceptes pourrait encore avoir d'heureux résultats ; en modérant l'inflammation, on pourrait favoriser la formation d'un kyste pseudo-membraneux, obtenir que l'habitude fasse supporter aux organes abdominaux le contact des matières épanchées, et attendre, avec le moins d'accidens possibles, le moment où la nature manifesterait l'intention d'expulser les corps étrangers.

3o Traitement des accidens consécutifs.

Lorsque les premières heures, les premiers jours sont passés, pratiquera-t-on la gastrotomie alors que l'inflammation est développée ? Ne courra-t-on pas alors les risques d'en accroître l'intensité ? Ne serait-il pas plus prudent de la combattre d'abord si ses phénomènes inflammatoires présentaient encore un caractère alarmant, et de la rappeler aux limites du rôle protecteur qu'elle doit remplir ? Plus tard, doit-on respecter l'habitude que les viscères semblent avoir contractée de supporter sans grands inconvéniens la présence des produits épanchés ? Attendra-t-on que la nature indique par le développement d'abcès, les points qu'elle a choisis pour l'élimination de ces corps ? ou bien ira-t-on inciser les parois de l'abdomen, et fouiller dans sa cavité, au risque de détruire des rapports favorables, et par ces nouvelles violences de réveiller des accidens hémorrhagiques ou phlegmasiques plus formidables que ceux que l'on veut prévenir ou combattre ? Ne s'exposerait-on pas aux mêmes résultats dangereux en cherchant à extraire complètement les corps épanchés, et souvent comme incrustés au milieu des viscères abdominaux, et jusque dans leur tissu ? N'est-il pas plus avantageux de n'extraire que la partie des fragmens dont la nature provoque l'expulsion par un travail éliminatoire ?

On ne peut établir de préceptes fixes relativement à ces différentes questions de haute thérapeutique. C'est au praticien à choisir la marche et les moyens que lui suggèrent les circonstances extrêmement variées qui se présentent. La conduite que l'on a tenue dans les différens cas qui ont trait aux abcès consécutifs, à la sortie et à l'extraction de fragmens de fœtus, etc., et dont nous avons rapporté les nombreuses histoires, peut servir de guide mieux que ne le feraient les règles inévitablement incomplètes que nous pourrions tracer.

DEUXIÈME DIVISION.

RUPTURES ET DÉCHIRURES DE LA RÉGION MOYENNE DU VAGIN.

Les solutions de continuité du vagin produites pendant l'accouchement, à part celles qui ont leur siége dans le tiers supérieur ou l'extrémité péri-utérine de ce conduit, et dont nous nous sommes occupé précédemment, sont loin de présenter les caractères de gravité attachés à celles qui affectent et cette région et la matrice. Il n'en résulte aucun inconvénient pour l'enfant, qui souvent même se fraie par leur moyen une voie plus facile et plus prompte au dehors ; elles ne compromettent pas non plus les jours de la mère. Mais si le plus ordinairement les résultats de ces déchirures sont sans inconvéniens immédiats notables, ils entraînent quelquefois à leur suite des infirmités désagréables, dégoûtantes, qui viennent empoisonner l'existence des malheureuses qu'elles affectent, et leur rendre la vie à charge. Sous ce rapport donc, ces blessures sont encore dignes de fixer l'attention des hommes de l'art, et méritent qu'ils s'occupent des moyens propres soit à les prévenir, soit à détourner leurs déplorables conséquences, soit enfin à les combattre et à les détruire, si on n'a pas pu ou su d'abord les empêcher.

Comme les ruptures des régions parturitives plus profondes, celles du vagin ont lieu par traction, par distension, par pression immé-

diate, ou par pénétration d'instrumens vulnérans. La traction est déterminée par le retrait de la matrice sur l'enfant, ou par le refoulement de cet organe dans les tentatives manuelles ou instrumentales faites dans l'intention de favoriser ou de terminer l'accouchement. La distension résulte de la présence et du passage de l'enfant, qui exerce aussi sur ce canal une pression variable. Enfin le jeu des mains et des instrumens, comme le forceps, le levier, les crochets, etc., peuvent déchirer directement ses parois membraneuses. Les ruptures et les déchirures produites par ces dernières causes ne sont ni les moins fréquentes ni les moins graves.

Le vagin, considéré pendant la période de travail de l'accouchemeut correspondant au passage de l'enfant à travers ce canal, présente deux régions bieu distinctes quant à leur direction, à leurs rapports anatomiques, au rôle qu'elles jouent dans ces derniers temps de l'accouchement. Les ruptures y présentent aussi des caractères différens quant au mécanisme de leur production et à leurs résultats, etc. L'une de ces régions représente la partie moyenne ou le corps du canal vaginal ; l'autre est formée par son extrémité inférieure correspondante à l'anus, au périnée, et se terminant par la vulve. Il m'a paru utile d'étudier les ruptures et les déchirures dans chacune de ces régions séparément.

La région moyenne du vagin représente une zone correspondant au pubis, au sacrum, aux ischions, en un mot à l'excavation du bassin. Là le canal vaginal, retenu dans les limites que lui assignent les parois osseuses qui l'environnent, ne saurait éprouver de ruptures par distension latérale, à moins d'un état de rigidité anormale ou pathologique de ses tissus. Il est plus facilement exposé aux ruptures résultant du refoulement de ses parois par la tête de l'enfant, tandis que le retrait de la matrice les retient ou les attire en en haut. Ce refoulement est favorisé par les replis transversaux dont est sillonnée la membrane muqueuse, et qui, s'ils sont nécessaires à l'ampliation du vagin, favorisent les déchirures en servant d'arc-boutant, comme l'a fort judicieusement remarqué M. Dugès.

Remarquons que cette première portion du canal vaginal et des parois osseuses pelviennes se trouve dans le même axe que celui de l'utérus pendant le travail d'expulsion.

CHAPITRE 1er. — CAUSES.

ARTICLE PREMIER.

Causes prédisposantes.

Dans un accouchement ordinaire, mais qui, arrivé à cette période, se prolonge, la présence de la tête dans cette région, et la pression qu'elle exerce sur les parois vaginales, sont susceptibles d'y déterminer des altérations phlegmasiques, sphacéleuses, qui disposeront les points qui en sont le siége à être déchirés dans les mouvemens subséquens de progression de l'enfant : ou bien, ces altérations donneront lieu consécutivement à des perforations. Or, comme l'excavation osseuse du bassin, quoiqu'ayant des diamètres égaux en tous sens, se trouve rétrécie dans le sens antéro-postérieur par le rectum d'une part, et la vessie et le canal de l'urètre d'autre part ; comme enfin, lorsque la tête arrive dans cette excavation, elle tend à présenter les plus grands diamètres d'avant en arrière, il résulte de tous ces rapports, que les parties antérieures et postérieures du vagin se trouvent plus exposées aux pressions, aux frottemens produits par la présence et le passage de la tête, et par conséquent plus exposées aux ruptures et aux altérations prédisposantes. Et en effet, le canal de l'urètre fait saillir le vagin d'une manière remarquable. Cette saillie, refoulée par la tête de l'enfant, vient souvent se présenter à la vulve sous forme d'une tumeur rosée, sillonnée transversalement, et qui masque plus ou moins complètement le sinciput. Or, le vagin, l'urètre, le bas-fond de la vessie se trouvant alors comprimés, tiraillés, refoulés au-dessus de ce bourrelet par la progression de l'enfant et la pression qu'il exerce contre le pubis, sont menacés de se rompre : ou bien ces parties sont frappées d'altérations prédisposantes aux fistules consécutives vagino-vésicales ou urétrales.

La saillie du rectum n'est pas aussi marquée dans son état de vacuité. Mais outre que la présence de matières stercorales, dures, peut la rendre très-considérable, et produire en arrière les mêmes résultats que la saillie urétrale occasione en avant, on remarquera que c'est surtout contre cette région que presse la tête de l'enfant d'après la direction que l'obliquité naturelle du détroit supérieure et de la matrice imprime aux efforts d'expulsion. De là aussi la plus grande fréquence des ruptures vaginales en arrière, ainsi que des fistules recto-vaginales, soit immédiates, soit consécutives à la meurtrissure, à l'inflammation, à la suppuration et à la gangrène des parties pressées.

A ces causes prédisposantes normales, il s'en joint souvent de non ordinaires, dépendant, 1° de l'enfant : ainsi une tête volumineuse ; 2° du vagin : ainsi son état de rigidité, l'existence de brides, de cicatrices dures ; 3° du bassin : ainsi l'étroitesse de ses diamètres par vice de conformation ou le développement de tumeurs osseuses à la surface interne de l'excavation.

CHAPITRE II.

CAUSES DÉTERMINANTES.

On sait déjà qu'elles consistent dans la distension ou la pression déterminées, soit par l'enfant, soit par la main ou les instrumens obstétricaux.

La nature prévoyante que n'opère graduellement le travail d'expulsion fœtale, afin de laisser aux parties que l'enfant va traverser, le temps de se disposer et de prêter à la distension, aux frottemens et aux pressions qu'elles vont avoir à subir. Pour cela, elle dirige, accumule et répand une plus grande abondance de fluides onctueux dans les voies de la parturition, pour assouplir les tissus, favoriser le glissement de l'enfant contre leurs surfaces, et les défendre ainsi des effets du frottement.

Si un travail actif précipite l'enfant dans le canal excréteur avant que ces heureuses dispositions aient eu le temps de s'y établir, il sera exposé à se rompre, à se déchirer. Trop souvent on provoque ce déplorable résultat en excitant la femme à des efforts intempestifs d'expulsion; on cherche aveuglément à le favoriser en agissant directement sur le canal vaginal que l'on irrite par des touchers répétés, par des tentatives précoces de dilatation. On enlève ainsi les mucosités protectrices qui le lubrifiaient. Les parties s'enflamment, perdent leur souplesse, acquièrent de la friabilité : comment résisteront-elles à la pression, à la distension, aux frottemens que produira la tête de l'enfant, qu'elle soit poussée par les efforts de la femme, ou qu'on l'amène avec les instrumens ? Non seulement on prédispose ainsi aux déchirures, mais on peut aussi les déterminer par ces manœuvres inconsidérées, et qui le plus ordinairement, si ce n'est pas toujours, produisent des effets contraires à ceux que l'on se proposait d'en obtenir. Combien d'accouchemens qui eussent été faciles et naturels, si on les avait abandonnés à eux-mêmes, ont été rendus laborieux, interminables sans les secours des moyens extrêmes, et quelquefois funestes à la mère et à l'enfant !

82e Observ. — Déchirure du vagin et de la vessie par des tentatives de dilation.

Champenois rapporte, d'après M. Thiron, que deux sages-femmes voulant dilater le vagin pour favoriser l'accouchement d'une femme en travail, déchirèrent ce canal ainsi que l'urètre et la vessie, de telle manière qu'on pouvait introduire la main entière dans ce dernier viscère. La femme survécut à cet acte d'impéritie. Il lui resta une fistule contre laquelle on ne fit rien et qui la rendit très-infirme. (*Dict. des Sc. méd.*, t. LVI, p. 463.)

ARTICLE II.

Résultats.

§ 1. Les lésions du vagin produites par l'accouchement se bornent assez souvent à de simples érosions superficielles. D'autres fois, des lambeaux plus ou moins étendus et épais se détachent et sont entraînés avec l'enfant, ou bien ils adhèrent par un pédicule plus ou moins large, et pendent hors de la vulve. Ils deviennent alors la source d'incommodités désagréables et douloureuses. La compression que ces lambeaux éprouvent quand la femme est assise, les frottemens que lui imprime la marche, les violences que les approches conjugales occasionnent, y développent de la douleur, de l'inflammation. J'ai vu plusieurs fois cette infirmité prise pour des excroissances vénériennes, traitée en conséquence à diverses reprises et sans succès par des anti-syphilitiques. L'ablation avec des ciseaux ou un bistouri en fait promptement justice.

On verra dans une observation que je donne plus loin, que la presque totalité des parois du vagin est tombée en lambeaux déchirés ou sphacélés par suite d'un accouchement laborieux, dans lequel les manœuvres ont eu la plus grande part à la production de cet accident. La déchirure peut affecter une forme arrondie, linéaire, ovale, transversale, longitudinale, plus ou moins oblique. Elle peut être à bords réguliers ou frangés.

La solution de continuité ne vient quelquefois que consécutivement et résulte de la fonte purulente ou putrilagineuse d'une partie enflammée par les violences dont elle a été le siége pendant l'accouchement, ou de la chute d'une escarre déterminée de la même manière : il y a alors perforation.

Tant que ces solutions primitives ou consécutives n'affectent que les parties latérales du vagin, ou ne s'étendent pas au-delà des parois de ce canal, elles ne produisent point d'accidens notables et peuvent passer inaperçues. Cependant, si elles ont détruit une étendue assez considérable du vagin, les cicatrices qui en résultent forment des cloisons plus ou moins épaisses et résistantes, des brides inextensibles, et dans tous les cas des rétrécissemens qui apportent des obstacles aux accouchemens suivans et deviennent des causes de nouvelles déchirures. Cependant j'observerai que l'on a beaucoup exagéré l'influence défavorable de ces rétrécissemens accidentels. Un grand nombre de faits prouvent que l'accouchement a pu s'opérer sans accident et sans qu'on ait eu besoin de recourir aux instrumens, dans des cas de rétrécissemens extrêmes et profonds du canal vaginal, produits par les désordres dont il avait été le siége à un accouchement précé-

dent. Nous en citerons plus loin un exemple qui nous est propre.

§ 2. *Hémorrhagie.* Il est rare que les ruptures ou déchirures du canal vaginal donnent lieu à des hémorrhagies abondantes. Cependant cet accident n'est pas sans exemple. Le professeur Boër, de Vienne, rapporte dans son journal deux observations de déchirure profonde du vagin qui fut suivie d'une hémorrhagie grave, et d'une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire du bassin, des grandes lèvres et des fesses. A ce premier accident ont succédé l'inflammation et suppuration désastreuse. Il arrive le plus ordinairement que le sang, au lieu de s'épancher au dehors, s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-vaginal et s'accumule dans les grandes lèvres, qu'il distend parfois d'une manière extraordinaire. Ce thrombus, sur lequel M. Deneux a fait un très-beau Mémoire, provient le plus souvent, je le sais, du décollement du vagin, du froissement, du déchirement du tissu cellulaire et des vaisseaux variqueux sous-jacens, sans que la continuité de ce canal ait été lésée. Mais l'observation de Boër et un fait que j'ai observé prouvent que cet événement peut avoir lieu, quoique le vagin présente une déchirure plus ou moins grande.

83e Observation. — Thrombus à la suite d'une déchirure du vagin.

Mme *** a eu trois accouchemens difficiles, bien que ses enfans fussent petits. A sa troisième couche, elle mit au monde un enfant beaucoup plus fort que les précédens, mais non sans des efforts considérables. Le lendemain elle se plaint de gêne pour uriner, d'un sentiment incommode de pesanteur et de gonflement dans les parties : on attribue ces accidens au gonflement inflammatoire de la vulve résultant des violences qu'elle avait eues à supporter. Cependant la tumeur affectant la lèvre gauche faisait des progrès; elle était indolente, un peu molasse. La sage-femme me demande conseil. Je trouve cette partie du volume d'un gros cédrat, d'un bleu livide, fluctuante, et je reconnais facilement un thrombus. En comprimant cette tumeur, elle s'affaissait en partie, et en même temps du sang noir s'écoulait par la vulve, remarque que la sage-femme avait déjà faite. Néanmoins, je fis une incision à la partie la plus déclive de ce dépôt. Une quantité énorme de sang noir et caillebote s'en écoula. J'introduisis une sonde de femme dans le foyer, le bec sortit dans le vagin à un demi-pouce environ des nymphes. Cette ouverture transversale avait plus d'un pouce d'étendue; elle traversait obliquement de haut en bas la membrane muqueuse, puis l'enveloppe fibro-celluleuse, de sorte qu'il en résultait un cul-de-sac, une sorte de valvule profonde dont l'aire était dirigée en en haut. L'entrée de cette ouverture devait se trouver bouchée par le fait seul du rapprochement des parois vaginales, ce qui favoriserait le séjour et l'infiltration du sang dans le fond de cette déchirure : de là le thrombus. Cet accident n'eut pas de suites.

Dans ces cas, l'incision de la tumeur à la partie la plus déclive, puis la compression, sont des moyens efficaces pour arrêter les désordres et guérir ce genre d'accidens.

Les ruptures ou perforations qui ont lieu soit en avant ou en arrière du canal vaginal, présentent des caractères particuliers de gravité. Là, en effet, elles s'étendent facilement à la vessie, au canal de l'urètre, au rectum, organes dont les parois sont accollées à celles du vagin, et qui sont facilement comprises, ou dans les déchirures, ou dans la mortification qui frappent ce canal ; dans tout les cas, une communication déplorable s'établit, soit immédiatement, soit consécutivement entre ces organes et le vagin ; de là des fistules vésico et urétro-vaginales ou recto-vaginales; de là l'écoulement incessant et involontaire des urines ou des matières fécales par la vulve. Les douleurs, l'irritation, l'inflammation que ces matières produisent par leur contact sont les moindres des inconvéniens de cette dégoûtante infirmité ; elle fait le désespoir des femmes qui en sont affectées; elle empoisonne leur vie; et souvent même, minées par l'inquiétude et le chagrin, elles tombent dans le marasme, et s'affaissent dans une noire et profonde mélancolie.

ARTICLE III.

Signes.

Les parties affectées étant accessibles au toucher et à la vue, soit directement, soit au moyen du spéculum, il est très-facile de s'assurer du siége et de la nature de la déchirure, quand quelque accident vient en révéler l'existence. La nature des matières excrémentielles qui salissent le vagin, et s'échappent par la vulve, accuse une communication entre les organes excréteurs de ces matières et le vagin. L'emploi de la sonde vient lever tous les doutes et éclairer aussi le siége et la direction de la fistule.

§ 1er. *Signe des fistules vésico et urétro-vaginales.* Le vagin, la vulve et les cuisses constamment humectés par l'urine, ce fluide irritant, se couvrent d'érithèmes, de pustules, d'ulcérations plus ou moins profondes. On ne confondra pas ces accidens avec des symptômes de syphilis, méprise qui, au rapport de M. Dugès, a été commise par un médecin. Pour s'assurer de l'existence et du siége précis de l'ouverture, on introduit une sonde métallique ou une algalie de femme dans le canal de l'urètre, en

même temps on suit avec le doigt indicateur de l'autre main introduit par la vulve, le bec de l'instrument à travers les parois vaginales. L'instrument doit être introduit lentement, et dirigé dans tous les points des parties à explorer ; son extrémité rencontrant l'ouverture de communication, s'y engage et vient faire saillie dans le vagin, ou toucher immédiatement le doigt. Lorsque la fistule est placée trop haut, au-delà de la portée du doigt, on le remplace par une lame métallique ou gorgeret auquel on fait parcourir avec attention la paroi antérieure du vagin jusque dans son fond, jusque dans le col utérin même, en suivant la direction des voies urinaires. La collision sonore des deux instrumens qui se rencontrent, annonce que la communication présumée existe, et indique son siége et sa hauteur.

On pourra d'avance distinguer la fistule vésico-vaginale de l'urétro-vaginale, en ce que, dans le premier cas, l'écoulement des urines doit être continuel, tandis que dans le second il n'a lieu qu'au moment de l'émission ordinaire.

Quant à la forme et aux dimensions de l'ouverture, M. Lallemand a imaginé, pour en avoir une représentation exacte, d'en prendre l'empreinte avec un morceau de cire à mouler.

Dans les cas de fistule *vésico-vaginale,* la guérison peut s'opérer à la longue si l'ouverture est étroite ; Mauriseau et Hildanus en fournissent des exemples ; M. Gravis, dans une thèse soutenue en 1832 (page 18), en rapporte également ; mais le plus ordinairement la vessie se resserre, la cavité disparaît presque entièrement, et cet organe se renverse même à travers l'ouverture fistuleuse (Mauriseau, Schmitt). L'urètre, dans tous les cas, devenu inutile, finit par s'obliterer, ce qui enlève tout espoir et toute possibilité de guérison (Saucerotte, Percy, M. Dugès).

§ 2. *Signes des fistules recto-vaginales.* On emploie les mêmes moyens explorateurs pour reconnaître le siége des fistules recto-vaginales, où le doigt peut remplacer avec avantage la sonde que l'on introduirait dans le rectum ; mais elle devient nécessaire quand la communication est placée trop haut. Au reste, c'est surtout dans ces derniers cas que le spéculum offre de précieux avantages ; on peut, par son moyen, explorer toute l'étendue du canal vaginal jusque dans ses moindres replis. Aucun point n'échappe à la vue, qui distinguera facilement une très-petite ouverture ; on ira ainsi la découvrir jusque dans le fond de ce canal.

Les injections ne sont pas non plus à dédaigner ; elles peuvent fournir, sur le siége de la fistule, des indications qu'on ne pourrait obtenir aussi précises par tout autre moyen. Ainsi la matière des lavemens qui ne reviendrait pas par le vagin dans le cas de fistule stercorale bien évidente du reste, indiquerait que ce n'est ni avec le rectum ni avec les gros intestins qu'existe la communication, mais qu'elle a lieu avec les intestins grêles. La nature des matières qui s'échappent par la fistule fournit aussi un signe plus ou moins certain des régions intestinales qu'elle compromet; ces matières sont liquides, jaunâtres quand elles proviennent des intestins grêles ; elles sont plus épaisses ou contiennent des parcelles de matières fécales formées quand la fistule envahit un point des gros intestins, et notamment du rectum. C'est par la combinaison judicieuse de ces divers moyens d'exploration que M. le professeur Roux est parvenu à reconnaître le siége d'une fistule qui établissait une communication entre le fond du vagin et le col de l'utérus avec l'intestin grêle (*Voy.* obs. 84).

Si les gaz qui se forment dans les intestins grêles différaient bien essentiellement de ceux qui se trouvent dans les gros intestins, ils pourraient aussi donner quelque signe sur le siége de la fistule ; il suffirait, pour les obtenir, de plonger la malade dans un bain, et de coercer les gaz qui s'échapperaient de la vulve, au moyen d'une cloche, et de les analyser ensuite.

ARTICLE IV.

Traitement des ruptures ou déchirures du canal vaginal et de leurs suites.

§ 2. Traitement préservatif. *Abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, toutes les fois qu'aucune circonstance ne réclame essentiellement les secours de l'art.*

En suivant ce précepte applicable à toutes les périodes de la parturition, combien n'éviterait-on pas d'accidens, et notamment du genre de ceux dont il est ici question ! Tous les secours doivent tendre, non à forcer la délivrance, et à provoquer la trop prompte sortie de l'enfant, mais à la faciliter : 1° en respectant les mucosités qui lubrifient le vagin ; 2° en y ajoutant ou y suppléant par des injections mucilagineuses ; 3° en ne faisant des tentatives de dilatation, dans le cas de rigidité, que graduellement ; 4° en détruisant, par des mouchetures ou des incisions plus ou moins profondes les cicatrices et les brides qui, par leur résistance, s'opposeraient à la dilatation du vagin et au passage de l'enfant. C'est ainsi que le docteur Stéphen Willams (*Gazette médicale*, 1823, page 925) a pu, chez une femme dont le vagin était considérablement rétréci par d'anciennes cicatrices, lui rendre l'ampleur suffisante à la délivrance par des débridemens. Je remarquerai à ce sujet qu'il ne faut pas trop se méfier de l'inextensibilité plus apparente que réelle de ces anciennes cicatrices. L'expérience prouve que les brides devenues fibreuses, dures et tenaces, peuvent néanmoins céder sans

se rompre à une distension progressive, même à celle opérée brusquement. Le fait suivant, que j'ai publié dans la *Gazette médicale*, en fait foi.

84e OBSERV. — Déchirure, sphacèle de la presque totalité du vagin. Retrécissement extrême. Accouchement spontané.

Mme Mayer, israélite, âgée de vingt-trois ans, brune, d'une stature moyenne, d'une bonne complexion, a un premier accouchement très-long et très-laborieux. Il y avait plus de 48 heures que le travail était en activité, quand MM. les docteurs Caen et Olivier, qui assistaient cette dame, me firent appeler.

Les parties sexuelles étaient tuméfiées, le vagin sec et chaud, le col utérin effacé, mais la dilatation de l'orifice était encore incomplète. Ce ne fut que 36 à 40 heures après l'emploi des moyens indiqués en pareille circonstance, et quelques nouvelles tentatives infructueuses, que l'on parvint à appliquer convenablement le forceps, et à amener un enfant mort à travers le vagin et la vulve qui était considérablement tuméfiée. Le périnée fut assez profondément déchiré. Une perte inquiétante, due à l'inertie de la matrice, mit pendant quelque temps la vie en danger. On parvint à s'en rendre maître. Le vagin fut frappé d'inflammation, et bientôt des flots de pus s'en échappèrent, entraînant des lambeaux sphacélés de membrane muqueuse. Quelques uns de ces lambeaux avaient jusqu'à deux pouces et demi de longueur sur un pouce à un pouce et demi de large. Quand je revis la malade, plusieurs de ces lambeaux pendant hors de la vulve adhéraient encore à l'isthme du vagin par une de leurs extrémités.

Grâce à sa jeunesse, à sa force, à sa bonne constitution, ainsi qu'aux soins aussi éclairés qu'assidus que lui prodigua M. le docteur Caen, cette dame se rétablit complètement.

Quinze mois après ces événemens, M. Mayer vint me solliciter pour que je me chargeasse de l'accouchement de sa femme, redevenue enceinte, et l'étant alors de cinq mois. Curieux de connaître ce qu'était devenu le conduit vaginal d'après les désordres dont il avait été le siége à la suite de l'accouchement précédent, je fus à l'instant même pour m'en assurer.

L'entrée du vagin me parut, au premier abord, complètement oblitérée au niveau des nymphes; mais en cherchant avec attention, je sentis au centre de cette espèce de cul-de-sac une dépression circulaire infundibuliforme se terminant en une ouverture beaucoup trop étroite pour admettre l'extrémité du doigt indicateur avec lequel j'explorais. Une sonde de femme put seule y entrer et pénétrer dans un canal dont l'étroitesse devait être égale à celle de cette ouverture, car on ne pouvait imprimer à l'instrument que des mouvemens très-bornés de bascule et de circumduction. Seulement, le bec de la sonde était arrêté d'espaces en espaces assez rapprochés par des anfractuosités dont la profondeur ne paraissait pas dépasser de deux à quatre lignes. Ce ne fut que quand cette sonde eut traversé environ un pouce et demi de ce canal anfractueux qu'elle put être assez facilement inclinée dans tous les sens, ce qui indiquait qu'elle était parvenue au-delà du rétrécissement, et que là le vagin reprenait son ampleur ordinaire.

Le mari ne pouvait revenir de l'étonnement dans lequel l'avaient jeté les premières apparences de la grossesse de sa femme, n'ayant jamais pu, malgré ses tentatives réitérées et toujours douloureuses pour madame, faire pénétrer le pénis au-delà de la vulve. Tous deux ne concevaient pas comment la fécondation avait été possible, et il fallut les mouvemens bien manifestes de l'enfant pour les convaincre.

Les excrétions urinaires et stercorales n'avaient jamais présenté de dérangemens notables, ni aucune déviation.

Je prévoyais de grands obstacles à l'accouchement et devais craindre des accidens. Je les déclarai, et témoignai expressément le désir de m'associer quelques uns de nos célèbres accoucheurs. Ma proposition fut rejetée à mon grand regret. Force étant de me soumettre à assumer sur moi toute la responsabilité, voici la conduite que je tins.

Je pratiquai une saignée de 12 onces, pour lors réclamée par des signes de pléthore général. Cette opération fut répétée, mais moins forte, toutes les quatre à six semaines, de manière qu'il y en eut quatre de faites jusqu'au terme de la grossesse. (*Bain de siége de deux heures tous les jours; un à deux grands bains par semaine; introduction dans le canal rétréci de cilindres d'éponge préparés par compression; injections souvent renouvelées de décoctions mucilagineuses; alimentation douce, mais suffisante: exercice modéré; encouragement.*)

Au septième mois je n'avais encore obtenu qu'une dilatation juste suffisante pour admettre mon doigt indicateur, dont la grosseur est peu considérable Ce toucher confirma la nature et l'étendue du désordre dont la sonde ne m'avait donné qu'une idée approximative. Le rétrécissement formait en effet un canal de près d'un pouce et demi de profondeur; ses parois, inégales, anfractueuses, étaient circonscrites par des brides plus ou moins épaisses, des replis sigmoïdaux obliquement et horizontalement placés et diversement entrecroisés, laissant entre eux des espèces de ventricules plus ou moins profonds. Quelques uns de ces replis étaient simples et comme tortueux; tous les autres étaient lisses et offraient de la résistance; mais leur dureté, comme cartilagineuse,

pouvait être plus apparente que réelle, et dépendre de leur plus ou moins grand degré de tension. Au-delà de ce rétrécissement, le fond du vagin, dans lequel je pus promener la dernière phalange du doigt explorateur, était ample et sain. Je sentis l'utérus développé, mais je ne pus parvenir au col, probablement dirigé en arrière et en en haut.

Le terme de la grossesse approchant, j'insistai davantage sur l'emploi des moyens précités. Les bains de siége furent prolongés de cinq à six heures matin et soir. Mme Mayer passait, pour ainsi dire, toutes ses journées dans l'eau.

Arrive enfin le moment redouté autant pour moi, qui en prévoyais toutes les funestes conséquences possibles, que pour la dame remplie de confiance, de courage et de résignation.

Je préparai bistouris boutonnés, sondes cannulées, ligatures, pinces, forceps, etc., enfin tout ce que pouvaient exiger les éventualités. Je plaçai Mme Mayer en travers de son lit, les épaules, le dos et la tête soulevés par des oreillers, le bassin sur le bord du lit, et les pieds appuyés sur deux chaises. De cette manière les voies de parturition libres et en évidence se trouvaient entièrement à ma portée.

A mesure que les douleurs avancent, des mucosités glaireuses s'échappent à travers le canal rétréci, l'humectent et assouplissent sensiblement les brides qui fermaient ses parois. Je maintiens appliquée contre la vulve entr'ouverte, une éponge imbibée d'eau chaude, pour que la vapeur aille coopérer aux mêmes résultats. Les douleurs deviennent plus fortes, plus prolongées et sont bien espacées. Le col utérin effacé se rapproche du centre du bassin et du rétrécissement, la dilatation de l'orifice s'effectue graduellement : elle permet de sentir la tête de l'enfant en première position. Les membranes se tendent et refoulent l'ouverture interne du rétrécissement, qui cède quelque peu et se rapproche de l'externe; dès lors il y a raccourcissement progressif de ce rétrécissement par ce double acte de dilatation et de refoulement. Mais arrivée à ce point, la matrice, fatiguée d'efforts insuffisans, cesse de se contracter aussi activement, les douleurs se ralentissent. Je ne fus pas trop contrarié de cette suspension qui devait donner le temps aux tissus cicatrisés et endurcis de se laisser pénétrer et ramollir par l'abord des fluides, qui empreignent et lubrifient avec plus d'abondance les parties sexuelles pendant le travail de l'enfantement. Les obstacles pourraient ainsi être plus disposés à céder quand viendrait le réveil des douleurs. Le pouls s'était développé, le ventre était devenu sensible à la pression: je pratiquai une saignée de huit à dix onces. Après une heure de repos, les contractions utérines réapparaissent plus intenses; les membranes bombent fortement au fond du rétrécissement; je les perce à l'aide d'une aiguille de matelassière (carrelet), conduite le long du doigt et dirigée par lui pour protéger la tête de l'enfant. J'engage Mme Meyer à retenir ses efforts volontaires, de peur qu'une impulsion trop violente n'occasione quelque rupture dangereuse. J'injecte, dans l'intervalle des douleurs, une décoction très-épaisse de graine de lin. La tête de l'enfant tend à refouler et à dilater le rétrécissement, dont l'élargissement et le raccourcissement s'opèrent lentement. Plusieurs fois j'avais saisi la sonde cannulée et le bistouri pour diviser des brides qui paraissaient présenter un obstacle, mais une nouvelle douleur semblait diminuer cette résistance, et j'attendais encore. Peu à peu le canal rétréci se trouve déprimé au point de ne plus former qu'un anneau d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur. En même temps il s'élargit, le sommet de la tête s'y engage de plus en plus, et finit par le franchir sans y avoir produit d'autres lésions que de simples et peu profondes érosions.

Dix heures se passèrent depuis le commencement du travail jusqu'au moment où je rompis les membranes. La tête de l'enfant mit près de trois heures à dilater et franchir le rétrécissement. Pendant cet intervalle de perplexités et d'anxiétés, je soutenais, avec les doigts réunis des deux mains, la circonférence du rétrécissement dans la double intension : 1° d'empêcher une dilatation trop rapide qui eût pu donner lieu à des déchiremens étendus ou faits dans des directions dangereuses; 2° d'empêcher l'espèce de diaphragme perforé que représentait l'entrée du vagin, d'être trop fortement refoulée en en bas, mouvement qui, ne pouvant avoir lieu sans une tension et une traction relatives de la partie supérieure de ce conduit, aurait pu provoquer la déchirure à son union avec le col utérin. Par cette manœuvre j'obtenais aussi cet avantage, que les parois du vagin pouvaient d'autant plus obéir à la dilatation qu'elles cédaient moins à leur élongation.

J'appliquai donc ici les moyens que l'on met en usage dans les accouchemens ordinaires pour protéger le col de l'utérus, et plus tard la vulve et le périnée, des effets d'une trop brusque ou trop forte extension. Si le débridement fût devenu nécessaire, j'avais résolu de l'opérer par plusieurs incisions faites en différens points des parties latérales.

L'extraction du placenta se fit sans difficultés. L'enfant, du sexe masculin, d'une force ordinaire, était très-vivace. Il fut allaité par sa mère. Les suites de couches n'offrirent de notable qu'un peu plus d'intensité dans les symptômes locaux qui ont lieu lorsque la tête a séjourné au passage. Le rétablissement fut prompt et complet.

Ainsi, malgré l'étendue du rétrécissement, qui comprenait un pouce et demi de la lon-

gueur du vagin ; malgré son excessive étroitesse, que n'avaient que très-incomplètement vaincue les moyens long-temps employés pour la combattre ; malgré enfin l'état de tension et de dureté de la plupart des brides et replis qui circonscrivaient et formaient ce rétrécissement sa dilatation s'est opérée pour ainsi dire spontanément !!! Nouvel et remarquable exemple des inépuisables ressources de la nature ! Combien n'avons-nous pas à nous féliciter de notre confiance en elle et de notre patience à observer, aider et diriger sa marche, tout en nous tenant prêt à recourir à l'art, si elle eût été impuissante !

§ 2 *Traitement curatif.* Les déchirures qui ne s'étendent pas au-delà des parois du vagin ne réclament que des soins de propreté ; le contact des matières lochiales peut les changer en des ulcérations plus ou moins graves.

Le tamponnement, facile à appliquer, rendra maître d'une hémorrhagie qui présenterait quelque gravité ; on connaît l'indication que réclament les thrumbus. Lorsque des lambeaux ne tiennent plus que par un court pédicule, il faut en faire la section complète ; si le pédicule était suffisant, et que le lambeau fût épais et étendu, on pourrait réunir, autant que possible par compression, à l'aide d'un pessaire en bondon, ou par quelques points de suture, afin d'éviter une trop grande perte de substance ou une déformation nuisible aux accouchemens subséquens.

Mais ce sont surtout les solutions de continuité qui s'étendent aux organes excréteurs voisins, qui réclament l'attention du praticien, soit que ces solutions proviennent immédiatement d'une déchirure ou qu'elles résultent d'inflammation ulcéreuse ou de la chute d'escarres.

Observons que les solutions de continuité traumatiques ou accidentelles ont toujours une tendance remarquable à se guérir ; les efforts de la nature sont quelquefois incroyables pour atteindre ce but, tandis qu'elle entretient avec une tenacité souvent invincible les solutions qu'elle provoque elle-même. Dans le premier cas, pour combler le vide, elle appellera à son secours les parties voisines, elle attirera de proche en proche jusqu'aux tissus les plus éloignés, les plus résistans, tandis qu'une solution spontanée, placée au milieu des parties offrant les conditions anatomiques les plus favorables, restera ouverte et éludera même les moyens les plus efficaces de réunion et de cicatrisation que l'art lui appliquera. Y a-t-il contradiction de la part de la nature ? non ; c'est toujours dans un but de conservation qu'elle agit. Une ouverture accidentelle est une maladie inutile ; une fistule spontanée, au contraire, est communément un moyen nécessaire pour remplacer une voie d'écoulement accidentellement détruite, ou pour en procurer une à des matières dont la présence dans l'économie, ou au milieu des tissus, serait de nature à provoquer d'autres et plus nuisibles désordres. Les indications thérapeutiques surgissent de ces considérans : 1° il ne faut pas chercher à guérir des ouvertures ou solutions de continuité spontanées, avant d'en avoir détruit la cause, à moins que les moyens propres à guérir ces solutions ne soient aussi de nature à enlever ou écarter cette cause ; 2° dans les solutions de continuité accidentelle, il faut placer les parties dans des conditions telles que les tissus voisins puissent prêter leur secours au rapprochement des bords de la division, et en remplacer la perte de substance. On a dans les derniers temps saisi avec bonheur le secret de la nature, en empruntant à des régions plus ou moins éloignées des parties que ne pouvait fournir le voisinage de la perte de substance. Le nom du professeur Roux se place ici naturellement.

Appliquons maintenant ces considérations fondamentales au traitement des fistules vaginales.

La tendance à la guérison spontanée des ouvertures accidentelles est surtout remarquable dans ces cas. Tant que les parties voisines peuvent prêter de manière à converger concentriquement vers la solution, celle-ci diminue, se rétrécit, l'ouverture finit par disparaître. Le développement de bourgeons celluleux, qui est encore, lui aussi, une sorte d'allongement de tissus, contribue à combler le vide, à opérer la réunion, et surtout à former la cicatrisation. Ainsi on a vu des ouvertures fistuleuses, dont les larges dimensions semblaient enlever tout espoir d'occlusion possible, se fermer néanmoins, soit plus ou moins immédiatement, soit spontanément, après qu'on avait abandonné des traitemens jusque-là inutilement employés, ou qui peut-être avaient été plus nuisibles qu'utiles.

85e OBS. — Double fistule vagino-urétrale et rectale guérie spontanément.

Mme ***, habitant momentanément La Chapelle, près Paris, à terme de son premier enfant, perdit tout à coup ses eaux, et quelque temps après elle fut prise des douleurs de l'enfantement. Elle était âgée de vingt-deux ans, grande, forte, bien constituée. Après quelques heures de travail, la sage-femme annonça que la tête de l'enfant avançait, et que l'accouchement allait être terminé. Elle engagea Mme *** à redoubler d'efforts, et elle-même ne ménagea pas les siens. Cependant rien n'avançait, et après quatre à cinq heures de tentatives inutiles, la sage-femme fit appeler son mari, *accoucheur comme elle.* Il arriva muni de forceps, en fit l'application, non sans être obligé d'y recourir à plusieurs reprises, et sans occasioner

de violentes douleurs. La résistance devait être grande, puisque l'enfant ne put être amené que par les efforts réunis de l'accoucheur et de la sage-femme qui tiraient ensemble l'instrument, tandis que le mari de la patiente et une voisine obligeante avaient beaucoup de peine à la retenir et à ne pas être entraînés avec elle. L'enfant, très-fort, était mort. Il survint de l'inflammation aux parties génitales et au bas-ventre ; mais ces accidens avaient disparu le neuvième jour, et l'accouchée se rétablit assez promptement; mais alors elle s'aperçut que les urines coulaient involontairement, que des gaz s'échappaient par la vulve. Bientôt des matières fécales, d'abord liquides ou par parcelles, puis par morceaux dont quelques uns avaient le volume d'une noix, suivirent le même chemin. Honteuse de cette dégoûtante infirmité, elle la cacha à son mari, qui ne s'en aperçut qu'au bout de six semaines. Il partagea alors lui-même la fausse honte de sa femme, et ce ne fut que trois mois après l'accident que, pressé de questions par une parente sur les causes du délabrement progressif de la santé de la malade, qui était tombée dans l'amaigrissement et l'hypocondrie, qu'il confessa enfin sa position. Je fus appelé. Je trouvai en effet la malade dans le dernier degré du marasme. Ce ne fut pas sans peine que j'obtins d'explorer les parties. Les cuisses étaient rouges, couvertes d'éruptions milliaires, de pustules ulcérées ; la vulve était aussi enflammée et parsemée d'érosions. En écartant les lèvres, il s'en échappa une odeur prononcée d'urine et de matières fécales. Le vagin contenait de ces matières. Je les enlevai par le moyen de plusieurs injections. La fourchette était profondément déchirée, mais la division déviée à gauche s'arrêtait au voisinage de l'anus. Je sentis avec le doigt, à deux pouces environ de profondeur, à la paroi postérieure du vagin, une dépression ovalaire, dans laquelle je pénétrai très-facilement. J'engageai alors l'indicateur de l'autre main dans le rectum, et je constatai la communication recto-vaginale. Cette ouverture était à un pouce et demi au-dessus de l'anus. Je sentis également une inégalité à la paroi antérieure du vagin, derrière le pubis. Une sonde introduite dans le canal de l'urètre fut sentie à nu à travers cette ouverture, dans laquelle j'engageai le bec de l'instrument. Cette dernière ouverture était oblongue, paraissait avoir sept à huit lignes de hauteur, et environ deux lignes d'écartement ; elle se trouvait à un pouce environ du méat urinaire.

Je commençai par rassurer la malade et lui donnai un espoir que je ne partageais pas complètement ; mais il fallait relever le moral profondément affecté. Je lui parlai d'une opération peut-être nécessaire, mais éloignée. Je me contentai pour le moment de lui prescrire des soins de propreté, d'entretenir la liberté du ventre, de mener une vie moins retirée que celle qu'elle avait adoptée, et une nourriture substantielle pour ramener ses forces épuisées. Au bout de quinze jours, l'état général était très suffisant, et bientôt l'ancien embonpoint revint progressivement ; en même temps la sortie des matières urinaires et fécales était moins abondante : il y avait même des intervalles d'interruption assez prolongés. Un mois s'était écoulé depuis une première exploration, et je crus m'apercevoir que les ouvertures avaient perdu près de la moitié de leur étendue. Enfin au quatrième mois, rien ne coulait plus dans le vagin, et c'est à peine si une dépression légère manifestait la cicatrice de ces fistules. C'est en 1826 que cet événement arriva; depuis cette dame n'a pas eu d'enfans.

Il est une observation qui peut être d'une très-grande importance dans le traitement de ces fistules, et sur laquelle on ne s'est pas assez arrêté, si toutefois elle a été remarquée. Ce n'est pas essentiellement parce que les matières coulent à travers les fistules accidentelles qu'elles ne se guérissent pas, mais parce que les parties au milieu desquelles elles se trouvent ne sont pas disposées favorablement pour prêter par leur distension ou leur déplacement au resserrement concentrique de l'ouverture. Aussi voit-on dans ces cas l'application des sondes, des pessaires, des obturateurs ne produire aucun résultat avantageux. Loin de là, ces corps étrangers, en tenant les parois des organes fistulés distendues, plus écartées, ne peuvent qu'empêcher le rétrécissement des ouvertures. Dans les cas donc où la guérison a été obtenue avec l'emploi de ces instruments, je ne mets pas en doute qu'elle n'eût eu lieu également sans leur secours, et peut-être plus promptement encore.

Nous signalerons encore un autre inconvénient très-grave produit par les sondes, les métalliques surtout. La présence prolongée de ces instrumens a souvent frappé l'urètre de gangrène, et en a détruit les parois dans une grande étendue (Cooper, Dupuytren). Enfin le professeur Lallemand a remarqué judicieusement que ces corps excitent souvent une sécrétion abondante de mucosités qui s'opposent à la cicatrisation.

On devrait peut-être regarder le passage des matières excrémentielles à travers la fistule comme plus avantageuse que nuisible à la cicatrisation. En effet, le contact continuel de ces matières entretient dans les bords de l'ouverture une inflammation qui les empêche de se cicatriser isolément ; elle excite le développement de bourgeons celluleux nécessaires pour combler le vide et produire la réunion consécutive. L'art ne prend-il pas modèle sur les erremens de la nature, quand il conseille

de toucher plus ou moins fréquemment les bords de la fistule avec un caustique ou le fer incandescent ? Delpech, Spéranza, M. Dupuytren, ont obtenu ou activé plusieurs fois des guérisons par ces moyens. M. Lallemand a aussi obtenu une guérison remarquable, dans laquelle la cautérisation par le nitrate d'argent n'a pas eu l'influence la moins grande.

Après avoir avivé les bords d'une large ouverture fistuleuse avec ce caustique, il en tenta la réunion, ce qui suppose dans les parties, pour le dire en passant, une disposition naturelle déjà favorable.

Pour diriger le caustique ou le cautère on se sert d'un spéculum cylindrique et perforé latéralement; on applique cet instrument de manière que la perforation réponde à la fistule; par ce moyen on met les parties saines à l'abri du cautère, que l'on n'applique que sur le mal; on doit ajouter à ce procédé, mis en usage avec succès par M. le professeur Dupuytren, la précaution d'introduire d'abord une canule dans le canal perforé, soit urètre, soit rectum, afin de garantir les parois opposées à la fistule du contact et de l'action du cautère.

Mais, je le répète, l'indication principale et la plus essentielle consiste à mettre les parties perforées dans les conditions les plus propres au rapprochement des bords de l'ouverture. La résistance que les tissus opposent à l'extension ou au déplacement spontané nécessaire à la réunion, pourra-t-elle être vaincue par la suture ? Quelques cas heureux de succès obtenus par cette opération ne permettent pas de douter des avantages qu'elle peut procurer; mais aussi les cas non moins nombreux dans lesquels elle a échoué, nous portent à penser que quand elle a réussi, c'est que les parties étaient déjà favorablement disposées à l'attraction concentrique, et que peut-être la réunion se serait opérée à la longue sans aucun secours, comme nous l'avons vu plusieurs fois et notamment dans le cas dont nous avons donné plus haut l'histoire (obs. 84); dans les autres cas, les bords de la rupture de la fistule ne cédant que forcément, ont été bientôt déchirés par les points de suture; chez une malade opérée par M. Dugès, ces fils coupent le vagin, et il en résulte une hémorrhagie mortelle.

Dans le cas où M. Malagadi, de Bologne (*Dict. médec. chirurg.*, t. VIII, p. 266), put amener la fistule vésico-vaginale jusqu'à la vulve en y introduisant le doigt garni d'un opercule de peau pour resciser les bords de l'ouverture et y appliquer trois points de suture entrecoupée; dans ce cas, dis-je, il faut convenir que la souplesse des parties qui permettaient un tel déplacement, était déjà une condition bien favorable au succès de l'opération; cependant le point antérieur coupa une des lèvres de la plaie, et demeura sans effet, mais on en obtint néanmoins assez promptement la guérison en cautérisant fréquemment avec le nitrate d'argent pur, etc.

Au reste, l'état dans lequel ces fistules vaginales urinaires et stercorales mettent la malade est tellement déplorable, que les inconvéniens attachés à ce genre d'opération ne doivent pas empêcher d'en tenter l'épreuve; le succès doit aussi beaucoup dépendre du procédé que l'on choisit, et de la manière dont il est exécuté. Il faut une appréciation bien exacte de la disposition des parties affectées pour distinguer dans quelle direction doit être faite la suture; laquelle convient mieux de la suture à points passés, ou entortillée, ou du pelletier, ou enchevillée: nous nous déciderions pour cette dernière. Les plus grandes difficultés résultent de l'exécution même. Plusieurs instrumens plus ou moins ingénieux ont été inventés pour porter les aiguilles et les fils à travers les bords de l'ouverture (Hermann, Roux, Lewzisky, Deyber); d'autres forment des espèces d'aigrignes verticales transversales, dont les pointes mobiles engagées autour de la fistule par divers mécanismes en traversent les bords et les rapprochent (Lallemand, Laugier); enfin M. Nœgle a imaginé un instrument présentant beaucoup d'analogie avec l'entérotôme de M. Dupuytren, et qui réunit les bords de la fistule en les pinçant.

Il n'appartient pas à notre sujet d'entrer dans des détails sur ces procédés différens, et sur la description minutieuse des instrumens variés à l'aide desquels on les pratique. Disons que l'on ne saurait établir de préférence absolue entre eux; que tous peuvent également trouver leur application selon les circonstances. La diversité infinie des cas doit modifier les indications, diriger dans le choix des moyens, et en exiger de nouveaux qu'une heureuse inspiration peut suggérer. Je ferai observer seulement que l'avivement des bords de la fistule est une opération préalable indispensable pour que la réunion soit possible, quelle que soit l'opération par laquelle on la tente.

Nous rappellerons aussi qu'il importe beaucoup de mettre les parties circonvoisines dans des dispositions et des rapports tels, qu'elles puissent prêter leur secours à la réunion, soit pour éviter des tiraillemens contrarians, soit en les obligeant à fournir leur contingent à la réunion; nous proposerions dans ce but un bandage élastique, analogue à celui dont on se sert pour la compression des anévrismes, ou à celui que M. Dupuytren a appliqué avec succès aux luxations sternales de la clavicule. Il consisterait en une tige d'acier garnie d'une pelotte à chacune de ses extrémités; l'une, plus large, serait appliquée sur la région hypogastrique, au-dessus des pubis, y serait maintenue à l'aide d'une ceinture, et serait destinée à refouler

cette région, et médiatement l'utérus et la vessie vers l'excavation du bassin; l'autre, appliquée à la vulve et au périnée, refoulerait ces parties de bas en haut; on rapprocherait ainsi les extrémités du vagin l'une de l'autre, et on pourrait ainsi prévenir les déchiremens des points de suture, déchiremens provenant essentiellement du trop de tension des parties qu'elles embrassent. La pelotte inférieure serait percée d'une ouverture suffisante pour permettre l'émission des urines et le passage de la sonde, ou bien on enlèverait momentanément le bandage toutes les fois que le besoin d'excrétion se manifesterait.

86e Observation. — Fistule recto-vaginale. Compression.

Ce moyen m'a été suggéré par un fait que j'observai il y a quatre ans. Une dame vint me consulter pour un écoulement de matières stercorales qui se faisait par la vulve; par-là aussi s'échappaient fréquemment des vents avec plus ou moins d'explosion; il y avait cinq mois qu'elle avait eu un accouchement long et difficile. Le mari de cette dame était absent depuis un certain temps, et elle redoutait son retour à cause de la dégoûtante infirmité dont elle était atteinte; elle avait surtout intérêt à lui cacher la source de cet accident; elle ne s'en était aperçue que quinze jours après sa couche. Je trouvai à un pouce du sphincter de l'anus une perforation recto-vaginale, ronde, assez large pour admettre le passage du doigt, mais en renversant des espèces de franges qui, dans l'état ordinaire, devaient en diminuer les dimensions; le sommet de deux de ces franges présentait un ou deux bourgeons celluleux rouges; le reste des bords était entièrement cicatrisé, et les membranes muqueuses, rectales et vaginales, s'étaient réunies ensemble. Je touchai avec le nitrate d'argent, et ne pus obtenir que la malade prît d'autres précautions, sa position sociale et domestique ne le permettant pas; tous les quatre à cinq jours elle venait se faire cautériser; au bout de vingt jours j'avait obtenu peu de succès de cette opération. Je pensai alors à favoriser le rapprochement des bords de l'ouverture en refoulant le périnée et l'anus au moyen de compresses graduées, fortement maintenues par un bandage en T; un mois après, l'ouverture était réduite de plus de trois quarts; elle ne laissait plus passer que des vents et un peu de mucosités rectales. Je n'ai plus revu cette dame, ce qui me fait présumer que la guérison vers laquelle elle marchait s'était complétée.

Lorsque les parties ne peuvent naturellement prêter au rapprochement des bords de l'ouverture, que l'art et la nature ont épuisé en vain leurs ressources pour opérer la réunion, pourquoi ne tenterait-on pas les procédés ingénieux que M. Roux a si heureusement inventés et appliqués aux pertes de substance de la face? Ne pourrait-on donc pas emprunter des lambeaux aux tissus voisins, les tirer, les promener successivement de station en station jusqu'à la perte de substance qu'ils devront et pourront remplir? Les nymphes, les grandes lèvres ne pourraient-elles pas fournir à ces émigrations? Il appartient au savant professeur de l'hôpital de la Charité de juger de l'utilité et de la possibilité de cette conséquence de son idée mère, et à ses mains habiles d'en faire l'application aux cas qui nous occupent.

Quand les fistules urinaires ou stercorales sont incurables par leur dimension, il ne reste plus qu'à parer aux inconvéniens qui résultent de ces infirmités. De grands soins de propreté, des ablutions et des injections fréquentes sont nécessaires pour enlever les matières qui, par leur contact, entretiennent la douleur et l'inflammation. Dans l'intervalle on adapte à la vulve des cuvettes en gomme élastique pour recevoir les matières; on place des tampons en linge ou en éponge dans le vagin pour boucher la fistule ou absorber les matières qui s'en échappent. On doit préférer à ces moyens une bouteille de caout-chouc placée dans le vagin et destinée à recevoir les urines, à laisser passer les règles et à fixer une sonde dans la vessie (M. Guillon, Holme, Earle). M. Dugès a imaginé, pour une fistule vésico-vaginale, une sorte de bondon formé d'un estomac ou d'une vessie natatoire de poisson, introduite à l'aide d'une sonde qui servait ensuite à la gonfler en la remplissant d'huile; pour uriner il suffisait de l'enfoncer plus avant en poussant la sonde dans l'urètre. Il a aussi proposé de se servir d'un disque d'éponge garni de peau, et d'un autre disque infundibuliforme en caout-chouc pur, l'un et l'autre fixés sur une tige flexible, et d'introduire cet instrument dans la cavité de la vulve, à travers la fistule. Je ne crois pas, comme le pense M. Dugès, que la malade puisse s'accoutumer à la longue à la présence de tous ces obturateurs; si on ne les fixe pas solidement, ils n'empêchent pas les matières de filer entre eux et la fistule; si on exerce une compression suffisante pour empêcher cette filtration, on s'exposera à produire la désorganisation, la mortification des bords de l'ouverture soumis à cette compression: cette remarque s'applique aux obturateurs proposés dans l'intention de favoriser la réunion, empêchant seulement le passage des matières à travers la fistule; je rejeterais donc l'instrument imaginé par feu Cullerier, et qui consistait en deux plaques dont l'une s'introduisait par l'anus et l'autre par la vulve: ce moyen lui a réussi à la vérité; mais comme il ne l'a employé que dans des cas de petites fis-

tules, il est probable que le temps seul aurait amené le même résultat.

Je le répète, ces fistules sont susceptibles de guérir, malgré leurs larges dimensions, et sous la seule influence du temps.

Aux exemples que j'ai rapportés, et qui se rapprochent de ceux fournis par Peu (1), par Blundell, D. Davis, Rambsbotham, j'ajouterai les faits plus récemment observés par M. Ryan (2), Fichet de Fléchy, Sédillot, MM. Deschamps, Capuron, etc.

TROISIÈME DIVISION.

RUPTURES DE LA RÉGION ANO-PÉRINÉALE DU VAGIN.

CHAPITRE Ier.

MÉCANISMES ET CAUSES.

Au-dessous de la zône moyenne du vagin, la paroi antérieure de ce canal est interrompue par l'arcade sous-pubienne et l'ouverture vulvaire. Ses parois postérieures et latérales se prolongent seules pour venir se terminer en se recourbant à la commissure postérieure ou aux bords de cette ouverture. Là, le canal parturitif est soutenu ou fortifié par le coccyx, les ligamens sacro-ischiatiques et coccygiens, par un plan de muscles dont l'ensemble forme une sorte de diaphragme inférieur, percé seulement pour les ouvertures des conduits urétral, vaginal et rectal, enfin par une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire et par les tégumens.

Ce plancher, que l'on peut appeler ano-périnéal, étant dirigé de manière à boucher le détroit inférieur, continue le plan recourbé que présente la partie inférieure du sacrum et le coccyx, et qui change l'axe du canal excréteur que l'enfant doit traverser. Ainsi, tandis que la tête était poussée en arrière et en bas en s'engageant dans le bassin, arrivée à la région que nous décrivons, elle rencontre le plan recourbé qu'il représente, et qui la force de changer de direction, c'est-à-dire qui la reporte en avant, là où l'écartement des branches des pubis et l'ouverture vulvaire lui offrent une voie d'élimination. Dans l'état ordinaire, la pression qu'exerce la tête poussée par les efforts d'expulsion en affaissant le périnée, tire en en bas et en arrière la commissure postérieure de la vulve, s'y engage, et, en la dilatant, refoule enfin le périnée en arrière. Cet effet est favorisé par la direction qu'imprime à la tête fœtale la direction du plan coccygio-périnéal, qui est telle qu'elle tendrait à la porter en en haut, si ce plan agissait activement. Aussi, dès que la tête a franchi la vulve, elle continue d'obéir à la direction parabolique qu'impriment à l'enfant les efforts actifs d'expulsion et la réflexion passive du plan sacro-coccygio-anal; elle remonte sur les pubis. Cette marche suppose, 1° que la partie fœtale qui se présente, glisse ou roule facilement sur le plan recourbé que présente le vagin depuis la partie inférieure du sacrum et le coccyx jusqu'à la vulve; 2° que le plancher ano-périnéal offre une résistance suffisante pour continuer le rôle réfléchissant qu'exerce la partie inférieure et postérieure du détroit inférieur; 3° que l'arcade pubienne ne s'oppose pas à l'engagement de la tête; 4° enfin que la vulve prête par la souplesse de ses bords à la distension nécessaire à la dépression de sa commissure et à l'agrandissement de son ouverture.

Le manque d'une seule de ces conditions devient cause prédisposante des ruptures de la région ano-périnéale du vagin. Cet accident suppose en dernière analyse que cette région a supporté tout le poids de la pression imprimée à l'enfant par les efforts qui constituent les causes déterminantes actives des ruptures ano-périnéales du vagin. Ainsi la distension de cette région doit en général précéder la rupture. Or on sait que le périnée qui, dans l'état ordinaire, n'a qu'un pouce et quelques lignes d'étendue de la commissure de la vulve à la marge de l'anus, peut acquérir jusqu'à trois pouces et même jusqu'à trois pouces et demi pendant l'accouchement.

« Le périnée, » a dit Baudelocque, à l'occasion d'une observation de rupture centrale de cette partie, « est plus extensible qu'on ne « pense chez les femmes. » Mais cette extensibilité n'est pas infinie; elle a des bornes, et il arrive un instant où elle produit un amincissement des tissus tel que le plus léger effort suffira pour les rompre. Nous pensons donc que M. Capuron n'a pas bien réfléchi, quand il a écrit: » Si le périnée est plus extensible qu'on ne le » pense, dans le temps de l'accouchement, » pourquoi se déchire-t-il? et, s'il se déchire, » pourquoi lui attribue-t-on une aussi grande » extensibilité?... »

Au reste, dans ces distensions quelquefois énormes, produites par la présence de la tête presque entière qui a franchi le detroit inférieur, sans s'engager à travers la vulve, ce n'est pas le périnée seul qui prête à la distension, ce n'est pas lui seul qui coiffe cette partie du fœtus. Ce plancher vaginopérinéal présente trois régions: la régien anale, la région vulvaire et la région périnéale proprement dite; toutes trois contribuent au phénomème qui nous occupe. C'est un fait qui m'avait frappé dans les cas que j'avais observés, mais que j'ai eu récemment l'occasion de vérifier avec d'au-

(1) *Prat. des Accouch.*, p. 384.
(2) *Manual of* Midwif.

tant plus d'attention, que j'y étais engagé par la question en litige. Voici cette observation qui peut servir de type.

87e OBSERVATION. — Distension du périnée par la tête de l'enfant.

Mme C..., âgée de dix-huit ans et demi, d'une stature un peu au-dessous de la moyenne, présentant toutes les apparences d'un bassin ample, fille d'une mère tendant à l'obésité, et présentant déjà elle-même des disposions analogues, ressent les premières douleurs de son premier enfantement, le 8 octobre 1833, dans la soirée; mais elles sont faibles et rares, la vulve est étroite, le vagin ample et souple, le col de l'utérus encore fermé et épais. Le 9, les douleurs augmentent, les parties sexuelles s'humectent, et vers les six heures du soir, le travail est en pleine activité. A huit heures, la tête, en première position, plonge dans le bassin; l'occiput se présente à la vulve qu'il repousse en avant sans pouvoir s'y engager, de manière que cette ouverture allongée, au lieu d'être dirigée en en bas et en arrière, se trouve bientôt tout-à-fait en avant, dans la direction du pudendum. En même temps le périnée se distendait énormément, et en quelques instans, la tête tout entière paraissait y être plongée, à l'exception de la machoire inférieure. Je sentais parfaitement à travers la recto-paroi antérieure du rectum, refoulée dans l'anus largement dilaté, le sillon nasal et les arcades orbitaires. Comme je comptais sur la résistance naturelle du périnée, j'avais attendu, pour le soutenir, que la tête s'engageât dans la vulve, afin de préserver la fourchette, de sorte que cette précipitation se fit, pour ainsi dire, à mon insu. Tout en maintenant alors ces parties, je voulus profiter de l'occasion pour bien m'assurer des dispositions qu'elles présentaient. Je fus favorisé dans mes recherches par la suspension des contractions utérines, ainsi que cela arrive fréquemment après que la tête a franchi le détroit inférieur.

La tumeur ovalaire d'avant en arrière dessinait exactement la crâne de l'enfant qui paraissait n'être recouvert que par une membrane de deux lignes au plus d'épaisseur. On sentait parfaitement à travers les fontanelles. Cette tumeur présentait à sa partie antérieure l'ouverture de la vulve presque verticale, à peine dilatée de deux lignes et de deux pouces de hauteur. Sa commissure inférieure paraissait élevée d'un pouce environ au-dessus de la partie la plus culminante ou du sommet de la tumeur. L'anus était dirigé en en bas et en arrière, et situé aussi un peu au-dessus du niveau du sommet de la tumeur. Le coccyx, refoulé ou naturellement dirigé en arrière, se trouvait presque en ligne directe de la face postérieure du sacrum. Pour ne pas effrayer la dame en couche, ni la famille qui attendait avait anxiété le résultat de l'accouchement, je n'osai pas demander une mesure; mais voici comment je m'y pris : j'appliquai la main gauche sur cette saillie, de manière que l'extrémité du doigt indicateur touchait la pointe du coccyx et que le poignet répondait à la vulve, un peu au-dessus de la commissure postérieure ; je m'assurai avec l'autre main que le bord postérieur de l'anus répondait au milieu de la deuxième phalange, que le bord antérieur ou inférieur de la même ouverture touchait le sillon palmaire qui indique l'articulation métacarpo-phalangienne du même doigt indicateur ; enfin que la commissure de la vulve correspondait entre les éminences thénar et hypothénar, à une épaisseur de doigt au-dessous de l'os pisiforme. Sans changer de position, j'appliquai le petit doigt sur la tubérosité ischiatique gauche, et le pouce renversé toucha la droite presqu'au niveau de l'articulation méta-carpienne. A peine terminai-je ces investigations que les douleurs se réveillèrent. Je me plaçai sans désemparer à côté de la malade, pour pouvoir diriger la paume de la main contre l'anus et la partie postérieure du périnée, afin de maintenir la tête de l'enfant et de la refouler sous l'arcade des pubis, vers la vulve que je déprimais en même temps et entr'ouvrais avec les doigts de l'autre main. Après cinq à six douleurs, l'occiput s'engagea en plein dans cette ouverture, et ce fut vers elle que je dirigeai alors la protection de mes mains, pour prévenir le déchirement de la fourchette. L'enfant était de volume et de taille ordinaire.

Dès que je fus de retour chez moi, je m'empressai de traduire en mesures méthématiques, à l'aide d'un pied de roi, celles que j'avais marquées sur ma main, et en voici le résultat ; la distance de la pointe du coccyx à l'anus était de 20 lignes. Cette ouverture avait un pouce de dilatation ; le périnée, depuis l'anus jusqu'à la commissure de la vulve, présentait près de trois pouces et demi. Ainsi, en comprenant les deux pouces environ que présentait cette dernière ouverture, la distension présentait une surface de huit pouces deux lignes environ, depuis l'arcade sous-pubienne jusqu'au coccyx ; la mesure transversale, d'une tubérosité ischiatique à l'autre, donnait près de six pouces.

La distension du périnée par la tête de l'enfant qui a franchi plus ou moins complètement le détroit intérieur est *un fait incontestable*. L'amincissement de ce plancher est alors porté à un degré proportionné à la distension ; il est quelquefois tel que la tête de l'enfant ne semble recouverte que par une membrane d'une ou deux lignes d'épaisseur, et à travers laquelle on distingue très-bien toutes les régions de

cette partie, comme si elle était à nu, et dont elle dessine d'ailleurs exactement les formes ; *second fait* confirmé par tous les auteurs qui ont parlé de cette circonstance remarquable.

Ce plancher n'est pas toujours soumis impunément à cette distension forcée, à laquelle on doit ajouter les effets du frottement de la tête de l'enfant qui glisse sur lui en s'avançant. Aussi devient-il le siége de meurtrissures incomplètes ou complètes. *Troisième fait.*

Ce double acte de pression et de frottement s'opérant d'arrière en avant, porte d'abord sur la région recto-anale qui se trouve aussi la première exposée aux déchirures. Nous verrons en effet des exemples de ruptures dites du périnée qui ont commencé par-là, et d'autres même qui se sont bornées à ces parties. *Quatrième fait.*

Mais c'est principalement contre le centre du périnée proprement dit que la pression et le frottement s'exercent. Remarquons que cette région correspond au point le plus culminant de la ligne parabolique que parcourt la tête de l'enfant. Elle se trouve alors la partie la plus éloignée de l'arcade sous-pubienne. En effet, la région anale, distante de l'arcade sous-pubienne de trois pouces environ dans l'état ordinaire, n'en est écartée que de quatre à quatre et demi dans les cas de distension par la présence de la tête de l'enfant. Il n'y a donc qu'un pouce à un pouce et demi de différence. Au contraire, le centre du périnée, ordinairement distant de deux pouces à deux pouces et demi, se trouvant alors écarté des pubis de quatre pouces à quatre pouces et demi, la différence se trouve être de deux pouces à deux et demi. *Cinquième fait.*

En supposant donc que le dégagement de la tête se fasse lentement, que la distension périnéale soit graduelle, que les efforts d'expulsion aient été alors suspendus, il n'en résultera pas moins que le centre du périnée aura à supporter le plus grand poids de pression, d'où résultera une altération de son tissu prédisposante à la rupture, quand se réveilleront les efforts d'expulsion, si on ne les dirige pas convenablement. *Sixième fait.*

ARTICLE PREMIER.

Causes prédisposantes.

Nous avons maintenant à nous occuper en particulier des causes qui prédisposent à la distension du plancher ano-périnéal ou qui sont susceptibles d'en provoquer la rupture. Ces causes proviennent du bassin, de l'enfant, du plancher ano-périnéal ou de la vulve.

§ 1er. *Causes provenant du bassin.* Rappelons-nous que la région inférieure du bassin formée par le sommet du sacrum et le coccyx, a pour fonction de dévier l'enfant de la direction perpendiculaire, pour le diriger en avant ; que là se trouve l'arcade sous-pubienne disposée de manière à recevoir la tête de l'enfant que lui renvoie le plan incliné précité.

Or, ces parties peuvent présenter des modifications anatomiques telles que l'enfant ne trouve pas en arrière d'obstacles à sa progression primitive, ou qu'il en rencontre en avant qui s'opposent à ce qu'il obéisse à la réflexion que tend à lui imprimer la région sacro-coccygienne. Ainsi, A. un défaut de récurvitation suffisante de cette dernière région permet à l'enfant de suivre la direction qui le porte en en bas et en arrière.

B. Un défaut d'écartement suffisant de l'arcade pubienne ou trop de hauteur des pubis, ont pour effet d'empêcher l'occiput d'avancer dans cette direction. Les pubis produisent sur la tête de l'enfant, à l'égard du mouvement horizontal, ce que la paroi postérieure fait envers le mouvement vertical ; ils le reportent en arrière, comme celle-ci le dirige en avant. Entre ces deux oppositions, la tête ne peut qu'obéir à l'impulsion première. Dans ces cas donc, elle portera contre la région ano-périnéale.

Lorsque l'obstacle à la direction parabolique du fœtus vient de la hauteur des pubis ou du trop grand resserrement de leur arcade, le détroit inférieur se trouve rétréci dans ses diamètres antéro-postérieurs. Aussi, lorsque la tête est volumineuse ou même dans une position autre que les premières, elle ne s'y engage pas, elle y reste comme enclavée ; ce n'est donc que si elle est petite et en position ordinaire, qu'elle peut dans ces cas franchir le détroit inférieur, et venir bomber sous le périnée.

C. Si au contraire le vice de conformation provient du sommet du sacrum et du coccyx qui, au lieu de se courber en avant, sont déjetés ou dirigés en arrière, les diamètres du bassin s'en trouveront nécessairement plus étendus ; conséquemment une tête de volume ordinaire, et même très-forte, même encore dans une position vicieuse, pourra franchir ce vaste détroit, et n'étant pas reportée en avant, par suite de ce défaut de récurvitation sacro-coccygienne, elle pesera sur la région ano-périnéale.

M. le docteur Moreau a signalé ces causes prédisposantes des ruptures centrales du périnée ; mais il n'a pas assez insisté sur la distinction que nous venons d'établir, et qui nous paraît propre à dissiper des doutes et détruire des dénégations que l'on avait élevées sur la possibilité de certains faits, parce qu'on n'en avait pas saisi la véritable interprétation.

D. On conçoit que toute déviation ou altération du bassin, par des exostoses, par exemple, qui modifieraient la direction de l'enfant dans le sens que nous venons d'indiquer, pourront

également devenir des causes de distension et de rupture du périnée.

E. Le bourrelet que forme la saillie urétrale du vagin, et que la tête de l'enfant refoule devant elle, en empêchant celle-ci de rouler sous l'arcade des pubis, prédispose de la même manière aux distensions et aux ruptures. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en faire l'observation.

§ 2. *Causes provenant de l'enfant.* La distension et la rupture de la région ano-périnéale du vagin peuvent reconnaître pour causes : 1° le petit volume de l'enfant, 2° la présentation des fesses ou des pieds, 3° la position vicieuse de la tête.

A. *Petit volume de l'enfant.* Lorsque la tête de l'enfant est peu volumineuse, elle glisse, pour ainsi dire, au milieu du bassin sans en toucher les parois osseuses ; elle élude par conséquent l'action refoulante de la paroi postérieure sacro-coccygienne, et avance toujours dans la direction des efforts d'expulsion qui la poussent vers le coccyx, l'anus et le périnée. Celui-ci offre-t-il peu de résistance par son peu d'épaisseur naturelle ou accidentelle, par la mollesse des tissus qui le composent, au lieu de maintenir la tête et de la pousser dans la direction postéro-antérieure, cette région cède, se distend, et peut se rompre, si on ne supplée par l'art au rôle qu'elle doit jouer dans cette période de la délivrance. On a rapporté à cette cause quelques uns des cas de rupture centrale du périnée qne nous citerons plus loin.

B. *Présentation de l'extrémité pelvienne de l'enfant.* Les remarques que nous venons de faire relativement à la direction que suit la tête de l'enfant de petite dimension s'appliquent à la présentation de l'extrémité pelvienne, laquelle refoule le périnée et le distend de haut en bas ; à plus forte raison les pieds de l'enfant qui s'arc-bouteraient contre ce plancher pourraient-ils le rompre.

88e Observ. — Rupture du périnée produit par un pied de l'enfant.

Une femme originaire d'Angleterre était accouchée trois fois facilement et heureusement ; à la quatrième couche, dans les efforts qu'elle fit pour seconder les douleurs et les manœuvres de la sage-femme, il y eut déchirure du périnée. Cette femme redevint grosse pour la cinquième fois. L'époque de l'accouchement étant arrivée et le travail très-actif, l'accoucheur fut fort étonné, en voulant reconnaître l'état des parties, de rencontrer les pieds de l'enfant, dont un était sorti par une déchirure du périnée et l'autre par la vulve. (Dupuis, *thèse*, 1822.)

C. *Position occipito-postérieure de la tête de l'enfant.* On a regardé avec raison cette position comme pouvant amener la rupture du périnée. Et en effet le front et la face, offrant une largeur disproportionnée à l'aide de l'arcade sacro-pubienne, ne peuvent s'y engager, comme le fait l'occiput dans les premières positions. Alors, ou bien la tête se trouve obligée de descendre presque verticalement pour franchir le détroit inférieur en refoulant fortement le coccyx en arrière, ou l'un des ligamens sacro-sciatiques, de manière à ce que l'accouchement se fait comme si la face s'était présentée d'abord (Velpeau) ; dans ces cas, elle pèse d'autant sur le plancher ano-périnéal, et le soumet à une distension qui rend sa rupture imminente; ou bien le mouvement de la flexion de la tête se faisant tandis que le front et la face sont arc-boutés derrière ou dessous l'arcade pubienne, il en résulte que les plus grands diamètres de cette partie se présentant au plancher ano-périnéal, l'occiput, en roulant sur lui, le soumet à une distension relativement très-considérable, précurseur de la rupture de cette région.

En admettant même avec M. Nœgèle (*Lehrbuch, der goburtshülfe*, § 265) que ce n'est point directement d'arrière en avant, mais de côté ou obliquement que le vertex arrive au détroit inférieur, les mêmes effets auront lieu à l'égard du plancher ano-périnéal.

Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut supposer que, malgré cette position vicieuse, la tête puisse franchir spontanément le bassin.

Or, s'il était vrai que, dans ces cas, l'accouchement fût impossible sans le secours de l'art, la question de la possibilité de la rupture centrale du périnée par cette cause se trouverait irrévocablement jugée par la négative, comme le pense le savant M. Capuron, d'après Puzos, Baudelocque, Leuret, M. Blundell, M. Bazignan, etc.

Mais assez de faits prouvent que l'accouchement peut avoir lieu spontanément dans des cas de présentation de la face en avant, et ils ont été fournis par des hommes dont le témoignage fait autorité. Je citerai les Mauriceau, Delamotte, Smellie, Deuman, Troccon, Hamilton, M. Merrens, M. Dugès, M. Nœgèle, M. Velpeau.

Sur environ deux mille accouchemens que j'ai pratiqués, j'en ai noté neuf dans lesquels l'enfant se présentait au détroit inférieur la face en avant. Dans trois de ces cas, j'avais été appelé en second ; les femmes étaient épuisées par un travail prolongé ; les organes sexuels étaient fatigués par des tentatives manuelles de réduction de la tête et de délivrance. Je dus appliquer le forceps. L'un des deux enfans était petit; il put être amené sans lésion de la fourchette. Elle fut déchirée profondément malgré toutes mes précautions, dans les deux autres cas dont les enfans présentaient un volume ordinaire. Dans deux autres cas fournis

par ma pratique particulière, je dus aussi avoir recours au forceps. Les femmes étaient primipares; leur bassin avait les dimensions ordinaires, et l'enfant était d'un volume assez fort. Mais dans les quatre autres faits, l'accouchement se termina spontanément; chez deux des femmes la vulve fut facilement déprimée en arrière, et la tête s'y engagea sans trop distendre le périnée. Mais la région anale bombait fortement. Chez les deux dernières tout le plancher ano-périnéal fut considérablement distendu, et il aurait été inévitablement rompu si je n'eusse employé tous mes efforts pour le soutenir et déprimer la vulve. Dans ces quatre cas où la tête de l'enfant put franchir le détroit inférieur sans les secours de l'art, malgré sa position occipito-postérieure, deux des enfans étaient du sexe féminin et de taille moyenne; mais les deux autres enfans, garçons fortement constitués, étaient de taille et de volume remarquables.

On a observé, et je l'ai plusieurs fois constaté, que la tête se présentant en position occipito-postérieure au détroit supérieur, peut venir par un mouvement en spirale traverser le détroit inférieur, l'occiput en avant. J'avais cru remarquer d'autres fois un phénomène inverse. Un fait tout récent a dissipé mes doutes à ce sujet. Une jeune dame de taille moyenne, à bassin bien conformé, ayant le vagin et la vulve amples et très-extensibles, accouche pour la deuxième fois. La tête de l'enfant, de volume ordinaire, se présentait en deuxième position au détroit supérieur: elle devint tout-à-fait transversale en le franchissant, et ce fut la face qui se dégagea du détroit inférieur en glissant sous la branche gauche du pubis. Le périnée fut fortement déprimé, prêt à se rompre. Je pus éviter cet accident; mais il survint un thrumbus à la lèvre droite.

D'après ce qui précède, il me paraît hors de doute que l'enfant peut franchir spontanément le bassin dans les cas de présentations de la face en avant. Je pense, avec beaucoup d'accoucheurs, que cette terminaison peut avoir lieu, quoique le bassin n'ait que ses dimensions typiques et l'enfant son volume ordinaire. Une tête volumineuse peut aussi franchir un bassin qui aurait des diamètres proportionnés, comme le prouve le fait publié par M. Dugès d'un enfant qui vint au monde sans le secours du forceps, bien qu'il se présentât dans une des positions occipito-postérieures et qu'il pesât huit livres, ce qui suppose un volume au-dessus des plus ordinaires. A plus forte raison ce phénomène peut-il avoir lieu quand, avec un bassin ordinaire, l'enfant est peu volumineux.

Donc la présentation de la face en avant devient une des causes prédisposantes et déterminantes les plus manifestes de la distension exagérée et de la rupture des régions ano-périnéales du vagin.

D. *Présentation de la face.* La sortie de la tête dans cette position du détroit inférieur soumet également le plancher ano-périnéal à une forte distension, et partant doit l'exposer à l'imminence d'une rupture. La question de la possibilité de la terminaison spontanée de l'accouchement dans cet état de présentation, se trouve aussi résolue affirmativement par de nombreuses observations auxquelles nous pourrions en joindre deux qui nous sont propres.

E. Enfin une observation de Franck (*Der neue chir.*, t. 1, 1822, Sulzbach) prouve que la présence du bras accompagnant la tête de l'enfant, ajoutant à son volume, peut, par la saillie et par la pression qui en résulte au moment du glissement de ces partie sur le périnée, en provoquer la rupture. Elle fut faite derrière la commissure postérieure de la vulve: le bras s'en échappa, mais on put extraire l'enfant par la voie ordinaire.

§ 3. *Causes provenant du plancher ano-périnéal.* Le plus ordinairement cette région vaginale présente assez de résistance pour s'opposer à une distension exagérée, résultant de la pression qu'exerce la tête de l'enfant; elle réagit sur lui, soit passivement à cause du nombre, de la force et de l'élasticité des tissus superposés, soit même activement, par l'action du plan musculaire faisant partie de ces tissus; en cédant, dans certaines limites, à la pression, elle attire la commissure de la vulve, et représente un plan incliné sur lequel la tête roule et glisse avec plus ou moins de facilité; dans les cas même où il existe une des positions fatales que nous avons dit prédisposer à la distension et à la rupture, cette résistance et cette souplesse suffisent en général pour éluder les effets de la pression et de la distension; mais il n'en est pas toujours ainsi; ces parties peuvent être constitutionnellement lâches, molles ou affaiblies par quelque altération pathologique, ou vaincues par la force et la prolongation de la pression qui détermine leur ramollissement phlegmasique ou sphacéleux. Plus elles cèdent alors, plus elles perdent de leur résistance; la tête de l'enfant ne glisse plus sur ce plancher, mais le pousse au-devant d'elle; bientôt recouverte par le périnée distendu qui lui forme comme une sorte de calotte, elle se trouve au-dessous du niveau de la vulve; si alors l'art n'intervient pas pour suppléer à ce défaut d'action réfléchissante du périnée, ou bien la rupture s'opère immédiatement par les progrès de la pression et de la distension, ou bien le point le plus culminant, correspondant, comme nous l'avons démontré, au centre du périnée, ce point, dis-je, se trouve altéré, mortifié, et il se rompra au moindre nouvel effort de pression.

Comme chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfans, les tissus sont plus raides, plus résistans; si les efforts d'expulsion sont très-intenses, le périnée se rompra en totalité ou isolément, plutôt que de céder à la distension; aussi compte-t-on un certain nombre de primipares parmi les femmes qui ont offert des exemples de ces accidens.

J'ai dit que le bourrelet formé par la saillie urétrale du vagin, en empêchant l'occiput de s'engager sous les pubis, devenait ainsi cause prédisposante de la distension et de la rupture du périnée. On observe parfois une déprédisposition analogue en arrière. Les replis inférieurs et postérieurs du vagin, refoulés par le roulement de la tête de l'enfant, s'interposent entre elle et la commissure de la vulve en forme de bourrelet qui agit comme arc-boutant, et force ainsi le périnée à recevoir seul tous les efforts de pression.

§. 4. *Causes provenant des obstacles que présente la vulve à la sortie de l'enfant.* Toutes les dispositions anormales dépendant du volume ou de la disposition vicieuse de l'enfant, des vices de conformation du bassin, de la faiblesse du plancher ano-périnéal, ne suffisent pas le plus ordinairement pour occasioner la rupture de cette région vaginale. Si la vulve est souple, extensible, dilatable, comme cela a lieu dans l'état le plus ordinaire, d'après la nature des tissus qui entrent dans sa composition, elle se trouve déprimée, attirée en en bas par la pression du périnée. C'est sur elle seule que porte, pour ainsi dire, la distension qui opère son élargissement latéral, en même temps que son agrandissement d'avant en arrière; ce sera bientôt sur elle seule, quand la tête s'y trouvera engagée, que se portera l'imminence de ces ruptures.

Les obstacles à l'engagement de l'enfant à travers la vulve sont donc les conditions essentielles à la rupture du périnée; à leur défaut, les autres causes précédemment rapportées sont sans résultats; eux seuls disposent à la distension du périnée, et rendent sa rupture imminente. En effet, l'enfant, énergiquement poussé par les efforts parturitifs, franchit le bassin, refoule en avant la région vulvaire indilatable, pèse de tout son poids sur le plancher ano-périnéal, et vient quelquefois faire saillie entre les cuisses sous la forme d'une tumeur ovalaire volumineuse, recouverte par le plancher fortement distendu.

Dans ces cas ce plancher est tellement aminci que l'on peut sentir et distinguer à travers les fontanelles, les sutures, comme si la tête n'était recouverte que d'une simple membrane. La rupture est imminente alors, si elle n'a pas eu lieu avant que le périnée n'ait acquis ce grand complément de distension.

La résistance qu'oppose la vulve à la sortie de l'enfant peut provenir de diverses causes.

A. La rigidité normale des tissus qui composent cette région, comme on l'observe chez les femmes enceintes pour la première fois, soit vieilles, soit jeunes.

B. La petitesse de cette ouverture, et sa direction en avant, cas dans lequel le coït est difficile, et où l'on remarque que le périnée a une étendue plus grande d'avant en arrière, proportionnée à la petitesse de la vulve, comme l'a observé M. Dupuytren chez la femme dont nous rapporterons l'histoire.

C. L'inextensibilité des bords de la vulve, par d'anciennes cicatrices, l'induration, un état squirrheux, etc.

89e Observation. — Cicatrice à la vulve. Rupture du périnée et de l'anus. Passage de l'enfant par cette voie.

Une marchande de toiles de la rue Montmartre avait eu, dans son enfance, un dépôt près de la fourchette; il en était résulté une cicatrice dure et comme calleuse, qui rétrécissait considérablement la vulve, et rendait la sortie de l'enfant impossible par cette voie. Au moment de son premier accouchement, le périnée, très-distendu, se rompit dans son centre, le sphincter de l'anus céda également, mais la fourchette resta intacte; elle présentait un bon pouce de surface depuis la vulve jusqu'à la déchirure. La plaie avait une forme triangulaire. La guérison en fut inutilement tentée par les moyens ordinaires. MM. Marchais et Royer, appelés en consultation, s'aperçurent que la fourchette mettait obstacle à la guérison, ils en conseillèrent la section qui fut exécutée sur-le-champ. La malade a guéri en peu de temps (Champenois).

D. L'occlusion plus ou moins complète de la vulve ou de l'isthme hyménale du vagin, par la persistance et la ténacité de la membrane hymen, par une cloison anormale, par l'agglutination ou la réunion accidentelle des grandes lèvres, etc., peut également apporter un obstacle plus ou moins grand à la sortie du fœtus, et rendre ainsi imminente la rupture centrale du périnée.

ARTICLE II.

Causes déterminantes.

§ 1er. *Causes provenant de la mère.* — A. Les contractions utérines, les efforts que fait la femme pour les seconder, sont les causes les plus ordinaires des ruptures de l'extrémité inférieure du vagin et de ses auxiliaires, puisque c'est par elles que le fœtus, violemment poussé, presse sur cette région.

B. Les mauvaises positions que prend la

femme pendant les derniers temps du travail de l'enfantement peuvent aussi contribuer à provoquer la distension et la rupture. Ainsi, si pendant les efforts d'expulsion de l'enfant engagé dans l'excavation du bassin, la femme fléchit le corps en avant, ou pousse trop vers l'anus, la pression fœtale s'exercera plutôt et plus violemment contre cette région et le périnée, et préludera ainsi à leur rupture immédiate ou consécutive.

90e Observation.

L'observation communiquée par Nedey à l'Académie royale de chirurgie en 1778 en est un exemple. Un enfant à terme passa à travers le périnée sans que la fourchette ni le sphincter de l'anus eussent été déchirés. La plaie, au sixième jour de l'accident, était de deux pouces quatre lignes et demie, et découpée en plusieurs endroits. Antérieurement elle suivait la direction du raphée, et elle s'étendait postérieurement de chaque côté de l'anus, de manière à figurer un Y. On attribua cette rupture à la situation défavorable que prit la femme au moment où les efforts de la tête contre le périnée le tenaient dans une extension considérable; en effet, comme les douleurs se ralentissaient et que la femme était pressée par des envies d'aller à la garde-robe, la sage-femme renversa une chaise de bois entre les piliers de laquelle elle plaça le pot de nuit; elle fit asseoir la patiente sur cette espèce de chaise percée; c'est dans cette position qu'à la deuxième douleur l'enfant déchira le périnée et passa à travers.

Dans l'observation citée par M. Dupuytren (*Leçons orales de clinique chirurg.*, t. II), cet illustre chirurgien attribue la rupture qui en fait le sujet, en grande partie à la position de la femme, qui était tellement soulevée par des oreillers, qu'elle était presque assise.

CHAPITRE II.

RÉSULTATS DES RUPTURES DE LA RÉGION ANO-PÉRINÉALE DU VAGIN.

Ces ruptures commencent parfois par la cloison recto-vaginale, et se bornent à cette partie, ou s'étendent au sphincter de l'anus jusqu'au périnée, ou bien, en divisant la cloison recto-vaginale et le périnée, elles épargnent la marge de l'anus, qui forme une sorte de pont ou de bride entre ces deux ouvertures. Mais le plus remarquable des résultats des ruptures de la région ano-périnéale du vagin est le passage de l'enfant à travers la voie accidentelle qu'il s'est ainsi créée. Tout le monde est d'accord sur l'existence de ce phénomène, prouvé par des faits irrécusables. Mais il n'en est pas de même d'une circonstance particulière, relative au siége et aux limites de la rupture, circonstance qui a donné lieu à d'éclatans débats au sein de l'illustre Académie de Médecine de Paris. Je veux parler du *passage de l'enfant par une rupture centrale du périnée*, c'est-à-dire sans que la vulve ni l'anus fussent compris dans la déchirure. Malgré les graves et profondes discussions que ce sujet a soulevées, et auxquelles ont pris part les sommités dans l'art des accouchemens, la question est restée en litige. La théorie ou la pratique n'ont heureusement pas à souffrir des scissions qui règnent sur cet objet de pure curiosité, et duquel on pourrait dire, *qu'il ne méritait ni tant d'honneur ni tant d'indignités.*

Cependant je pense qu'en envisageant la question sous d'autres points de vue, en établissant une discussion plus logique, on peut parvenir à la résoudre d'une manière satisfaisante. C'est ce que je vais tenter de faire.

Nous n'avons plus à nous occuper des rapports de l'enfant avec le bassin, d'après le volume, la présentation, la position du premier, l'état des diamètres et de la direction du second, comme prédisposant aux ruptures du périnée : nous rappellerons seulement cette conclusion générale que, quels que soient le volume, les présentations et la position de l'enfant, il peut produire la distension, et partant la rupture du périnée, toutes les fois qu'il peut franchir le bassin.

Nous rappellerons aussi la nécessité concomitante des prédispositions provenant de l'état du plancher ano-périnéal et de la vulve. La question se borne donc à la possibilité du passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée produite sous l'influence des conditions précédemment décrites, ce qui réduit cette question à cette expression : *Peut-il se faire une rupture assez grande au périnée pour que l'enfant puisse la traverser ?* Notre réponse sera affirmative.

On se rappellera encore ce qui a été démontré précédemment, savoir, 1° que le périnée proprement dit peut, par sa distension dans les dernières périodes du travail d'expulsion fœtale, acquérir jusqu'à trois pouces au moins d'étendue de la commissure de la vulve à la marge de l'anus; 2° que transversalement, c'est-à-dire d'une tubérosité ischiatique à l'autre, la distension peut aller jusqu'à cinq à six pouces; 3° que les régions anales et vulvaires de cette partie du vagin contribuent aussi à la distension générale, en se distendant elles-mêmes, de manière à lui donner huit pouces et plus de diamètre antéro-postérieur.

Nous aurons donc à considérer les ruptures de cette région en tant qu'elles ne s'étendent pas au delà du périnée proprement dit, et en tant qu'elles peuvent s'étendre, soit sur les cô-

tés de l'anus, soit sur les côtés de la vulve, sans atteindre ces ouvertures elles-mêmes.

§ 1er. Le périnée proprement dit peut-il présenter une rupture assez grande pour que l'enfant puisse la traverser ?

La solution affirmative de cette question ne repose malheureusement que sur l'interprétation contestable de faits incomplets. Dans le plus grand nombre de ceux qui offrent des détails circonstanciés sur la forme, l'étendue, la direction des ruptures, on voit qu'elles ne se bornaient pas à l'aire du périnée proprement dit, mais qu'elles s'étendaient jusqu'aux régions vulvaire ou anale, c'est-à-dire sur les parties latérales de l'anus et de la vulve dont elles respectaient ainsi les ouvertures. Quant aux autres observations dans lesquelles on a négligé de rappeler ces circonstances importantes, bien qu'il soit possible que les ruptures se bornassent à la région périnéale, sinon dans toutes, au moins dans quelques unes, on ne peut logiquement s'en servir pour base d'une opinion affirmative, l'opinion opposée pouvant tout aussi bien les interpréter en sa faveur. Voici l'analyse des faits que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

91e Observation.

Pendant que M. Hernu faisait le service des accouchemens à l'Hôtel-Dieu, sous le célèbre Dessault, il assista une femme dont l'enfant se présentait en première position de la tête, et qui s'échappa par une rupture qui se fit au périnée et qui épargna l'anus et la vulve. La présence du cordon ombilical tenant encore à l'enfant et traversant la rupture, ne permit pas de douter du passage de celui-ci à travers cette ouverture accidentelle, dont M. Hernu ne se rappelle pas quelles étaient la forme et la direction.

92e Observation.

Il en est de même du fait remarquable recueilli en 1788 par Coutouly.

« Toutes mes précautions, dit-il, devinrent » inutiles. La partie centrale du périnée fut » déchirée : la tête continuant d'être poussée » avec la même violence contre ma main, je me » vis obligé de lui livrer passage à travers la » déchirure et de faire, par la même voie, l'ex- » traction d'un enfant à terme, ainsi que du » placenta qui le suivit immédiatement. Je » cherchai aussitôt à m'assurer de ce qui s'était » passé. Je remarquai à un pouce au-dessus de » l'anus, vers le centre du périnée, un trou » frangé, d'où partaient deux déchirures : l'une, » qui suivait la direction du raphé s'était arrê- » tée à peu de distance de la vulve, et l'autre qui » se déviait du côté droit, ce qui formait une » plaie qui avait à peu près la figure d'un Y. »

Mais jusqu'où s'étendait la déchirure qui se déviait à droite ? Les branches de l'Y embrassaient-elles l'anus ou la vulve ?

93e Observation.

« Dans le cours de l'année 1820, dit Mme Lachapelle (obs. IV), une de mes élèves m'écrivit pour me demander des conseils sur sa propre position. Elle était accouchée spontanément, après une première grossesse, d'un enfant peu volumineux. Cet enfant avait traversé le périnée sans rompre ni la fourchette ni le sphincter de l'anus, quoique la plaie s'étendit depuis le bord même de cette ouverture jusqu'à trois lignes de la vulve. La suture entrecoupée fut pratiquée sans succès. »

Cette ouverture existait-elle sur le raphé ? N'est-il pas plus probable qu'elle s'étendait sur les parties latérales de l'anus et de la vulve ? Le fait n'est pas assez exactement détaillé pour reconnaître quel était le véritable état des parties, et il laisse conséquemment du doute sur le siége précis, la direction et l'étendue de la rupture.

On trouve encore plus de vague dans l'observation que Bianchi rapporte (*De naturali humano corp. morbosoq. generationem, p.* 107.)

94e Observation.

Venetis, anno MDCCXXIX, in infimo ventris regionis graviditate, inter irritos pariendi diuturnos conatos, a quâdam primâparâ feminâ, robustâ et juveni, per abnormam profundamque extemplo spontèque præstitam in perinæo scissuram, seu plagam, masculus puer vivus, et adhùc vivens, partus est cum quâdam sanè vaginæ intestino anexæ laceratione, sed cum indè sequenti facilique matris incolumitate. »

95e Observation.

En 1822, M. Merriman assistait à l'accouchement d'une femme primipare. Le travail avançait rapidement. Le périnée était excessivement distendu par la tête du fœtus. L'accoucheur le soutenait avec la paume de la main gauche : mais tout à conp il sentit un corps qui glissait derrière sa main; c'était l'enfant qu'une vigoureuse contraction acheva d'expulser par la déchirure. Le placenta sortit peu après par la même voie. L'anus et la commissure postérieure de la vulve étaient restés intacts. La mère se rétablit et accoucha par la suite sans accidens. (*Synopsis of the various*, etc. 4e édit. 1826.) Ici, mêmes remarques sur l'omission de la direction et des limites de la déchirure.

96e Observation.

Il en est encore de même du fait de Meckel

(*Neues journal die chirurgie.* tom. 4, 1811), et dans lequel la vulve et la fourchette furent épargnées. La femme était primipare.

97e Observation.

Nous en dirons autant du cas consigné par MM. Granis et Lebrun dans les *Annales de la médecine physiologique* (juillet 1825).

98e Observation.

Enfin l'observation dont M. Dupuytren a rapporté l'histoire dans sa clinique, laisse encore à désirer comme exemple de rupture exclusivement centrale du périnée. « Mme B., âgée de trente-huit ans, d'une taille moyenne, d'une conformation régulière, mariée depuis environ un an et enceinte pour la première fois, ressentit les douleurs de l'enfantement dans la matinée du 3 septembre 1832. L'enfant présentait la tête en première position. Le travail marcha rapidement et ne fut guère arrêté que lorsque l'occiput vint s'offrir à la vulve qui était fort étroite. La femme souffrait depuis quatre heures; alors, après deux douleurs assez vives, la sage-femme sentit que le périnée se déchirait sous la main avec laquelle elle soutenait cette partie. Presqu'au même instant la tête et tout le fœtus sortirent par cette ouverture accidentelle. Ayant coupé le cordon et remis l'enfant à d'autres personnes, la sage-femme retrouva le cordon ombilical pendant à travers la plaie, et le placenta engagé dans cette ouverture par laquelle il fut également extrait. L'enfant était de taille moyenne.

Le deuxième jour, un lavement donné à l'accouché ne put être retenu; ce qui fit penser à la sage-femme que l'anus était déchiré, d'autant plus qu'elle crut qu'une partie du liquide était ressortie par la plaie.

Le douzième jour, M. Guersent fils réunit les bords de la plaie à l'aide de la suture enchevillée. Après cinq jours révolus la réunion était complète, à l'exception d'un petit point fistuleux vers le rectum. Les fils furent enlevés: deux jours après, cette réunion fut détruite dans un effort que fit la malade.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 6 octobre, on trouva chez cette femme l'ouverture de la vulve fort en avant. Derrière cette ouverture, on en apercevait une autre irrégulièrement arrondie qui pouvait admettre l'extrémité de trois doigts; elle était située un peu plus à gauche. Entre ces deux ouvertures existait une commissure charnue un peu moins forte que l'extrémité du petit doigt: derrière la seconde ouverture se trouvait l'anus.

Comme la sage-femme n'a pas indiqué quelle était la forme, l'étendue, la direction de la rupture, on ne peut affirmer si elle était bornée à la région périnéale proprement dite. Les lumières, fournies à ce sujet par l'examen qu'on en fit quand cette femme entra à l'Hôtel-Dieu, disent bien comment était alors la plaie, mais elles ne peuvent rien préjuger sur ce qu'elle était au moment de l'accident; le temps qui s'était écoulé depuis lors, les tentatives de réunion que l'on avait faites ayant pu changer la forme de la plaie et amener la cicatrisation de ses angles.

Enfin on ne trouve pas d'indications plus précises dans les faits publiés par Thiebaut (1). Frank, Master (2), par M. Moschener (3), par M. Jungman, etc., ni dans celui de M. Doster cité par M. Velpeau.

Ainsi, faute de description assez complète, tous ces faits qui prouvent évidemment que l'enfant peut passer à travers une rupture du périnée sans que l'anus et la vulve aient été atteints, ne peuvent servir à démontrer que la rupture a été centrale, c'est-à-dire bornée à la région périnéale proprement dite.

Donc, pour suppléer aux faits qui manquent, ou ne sont pas assez explicites, j'ai eu recours à l'expérimentation suivante: j'ai taillé des segmens de peau de daim, de forme et de dimension analogues à l'espèce de plancher que forme le périnée distendu par la présence de la tête de l'enfant, au moment où les bosses pariétales se dégagent du détroit inférieur, c'est-à-dire de forme ovalaire, ayant huit pouces de grand diamètre et six de petit. J'ai fixé successivement ces pièces autour de l'ouverture vulvaire d'un mannequin obstétrical. J'ai marqué sur ces pseudo-périnéal, en avant la vulve, en arrière, l'anus de manière à ne laisser entre ces deux ouvertures que trois pouces représentant le périnée distendu. Le bassin du mannequin présentait ses diamètres ordinaires, et le fœtus garni était celui d'un enfant à terme.

A. *Première expérience.* La tête d'un enfant ordinaire, en position la plus favorable, et présentant par conséquent quatre pouces sur trois et un quart, ne peut traverser une ouverture résultant d'une division du raphé périnéal qui, n'ayant que trois pouces de long, ne permettrait qu'un écartement bien insuffisant à ses bords, déjà portés à leur plus haut degré d'extension.

B. *Deuxième expérience.* Une division qui coupe transversalement le périnée, pouvant avoir plus de cinq pouces d'étendue, donne lieu à un écartement suffisant d'avant en arrière, par le refoulement des régions anale et vulvaire, pour permettre le passage de l'enfant.

C. *Troisième expérience.* Une division diagonale du périnée distendu, pouvant avoir de six à six pouces et demi d'étendue, peut, à plus forte raison, fournir le même résultat.

(1) *Journ. de la Soc. de méd.*, t. XXXIV, p. 178.
(2) *Arc. gén.*, t. XXIV.
(3) *Bulletin de Férussac.*

D. *Quatrième expérience.* On obtient évidemment un écartement bien plus prononcé si, au lieu d'une seule division, on en pratique plusieurs qui s'unissent ou se croisent à angles différens, de manière à former un T, ou un Y, ou un X, ou une +.

Le fait suivant peut être invoqué comme preuve.

99e Observation.

Le chirurgien Morter, de Kœnigsberg, a donné une observation de rupture centrale du périnée qui se rapporte exactement à cette catégorie. Le 31 mai 1824, il fut appelé précipitamment auprès d'une femme primipare en travail, âgée de vingt-cinq ans. La sage-femme lui dit que l'enfant venait par le rectum; il semblait en effet, au premier aspect, que la paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure du vagin s'étaient déchirées en même temps que le périnée, et que le fœtus allait être expulsé par cet hiatus. Quelques fortes contractions chassèrent l'enfant à travers cette plaie; l'arrière-faix suivit bientôt la même voie. L'accouchement terminé, M. Morter reconnut que la vulve était intacte, et que le rectum ni l'anus n'avaient été lésés. Au-devant de l'anus, commençait une rupture qui s'étendait, dans le sens du raphé, jusqu'à un pouce en arrière de la vulve. Au milieu du périnée existaient encore deux ruptures transversales, en sorte que la plaie entière offrait une forme cruciale. (*Rut's Magazin,* etc., t. XXVI, 1828.)

Si au lieu de ces divisions nettes, droites, linéaires, on réfléchit que les ruptures proprement dites sont irrégulières, frangées, qu'elles présentent des intersections plus ou moins profondes, on concevra que ces ouvertures accidentelles doivent offrir plus d'écartement encore. J'ai supposé que le périnée était à son plus haut degré de distension au moment de la rupture. Si celle-ci s'opère sur cette région peu distendue, les dimensions de l'ouverture seront insuffisantes d'abord, mais ses bords pourront se distendre secondairement par la présence et la pression de l'enfant, d'autant plus facilement que la solution leur laissera plus de liberté pour céder à cette distension.

Enfin nous ferons observer que dans les ruptures qui succèdent à une pression prolongée, celle-ci détermine l'altération, la gangrène d'une étendue plus ou moins considérable du périnée, d'où peut résulter une perte de substance qui ajoute à l'étendue de l'ouverture, et permet à ses bords d'être facilement refoulés. En voici un exemple:

100e Observation.

En 1823 une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la seconde fois, se présenta à l'hospice d'accouchement de Prague. Les eaux étaient écoulées depuis six heures; les douleurs, qui étaient très-fortes au commencement, avaient cessé depuis une demi-heure. On apercevait le sommet de la tête du fœtus dans la vulve, qui était arrondie et très-étroite. Le périnée, fortement distendu et déprimé, était frappé de gangrène depuis l'anus jusqu'au milieu de sa longueur. La cloison recto-vaginale, déjà rompue, permettait de toucher directement la face de l'enfant. Il existait à la fourchette une cicatrice dure et résistante, résultant d'une déchirure qui avait eu lieu au premier accouchement. Pendant que l'on se disposait à appliquer le forceps, à diviser cette bride, la tête se fit jour à travers le périnée gangréné, et l'enfant sortit en entier par cette ouverture. (*Conspectus partuum in Lechodochio Pragenti,* etc., Prague, 1826.)

Il est donc évident que le périné peut être ouvert assez grandement pour laisser passer l'enfant de volume ordinaire, et même de diamètres plus considérables, sans que l'anus, ni la vulve, ni même les régions *anale* et *vulvaire* soient empiétés par la rupture, par conséquent, *la possibilité du passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée est un phénomène possible, sinon encore demontré par les observations.*

§ 2. *Rupture affectant simultanément le périnée et les parties latérales de l'anus et de la vulve sans envahir ces ouvertures.* Tous les faits bien circonstanciés, donnés comme exemple du passage de l'enfant à travers une rupture du périnée, présentent les caractères signalés dans ce titre. Dans tous la rupture envahissait, soit la région anale, soit la région vulvaire, ou toutes les deux à la fois; dans ces cas, en effet, la rupture peut atteindre des dimensions plus que suffisantes pour livrer passage à un enfant qui serait même d'un volume au-dessus de l'ordinaire.

A. La rupture peut s'étendre longitudinalement en longeant la vulve et l'anus, depuis les branches du pubis, jusqu'au petit ligament sacro-sciatique; dès lors tout le plancher périnéal se détache par un de ses bords de la marge du détroit inférieur; n'étant plus soutenu de ce côté, il se trouve facilement refoulé par l'enfant, qui s'échappe à travers cette vaste ouverture.

C'est ainsi que paraissent s'être passées les choses dans l'observation suivante rapportée par Joseph Trinchinetti. (*Observations sur quelques accouchemens difficiles;* Milan, 1819.)

101e Observation.

Dans les premiers jour d'avril 1816, une femme d'environ trente-quatre ans, d'une forte constitution, et enceinte pour la première fois, fut admise à l'asile de Sainte-Catherine; elle était dans le neuvième mois de sa grossesse. Vingt jours après son entrée, les douleurs de l'accouchement se manifestèrent; au bout de

plusieurs heures les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent par les voies naturelles : mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes et plus rapprochées, et, après des efforts répétés, le fœtus déchira la partie supérieure du vagin et le périnée du côté de la cuisse droite, et s'ouvrit ainsi une voie qui n'avait aucune communication ni avec l'anus ni avec la vulve.

Tout ce que l'on peut comprendre de ce fait, c'est que la déchirure régnait sur les parties latérales de la vulve, entre la lèvre droite et la branche descendante des pubis, que de là elle gagnait les côtés correspondant de l'anus entre cette ouverture et l'ischion ; mais, dans tous les cas, ce n'était pas là une rupture centrale du périnée.

102e OBSERVATION.

Le fait que l'on doit à John Douglas (Dublin, *hopital Reports,* etc., t. III, 1822) présente beaucoup d'analogie avec celui-ci.

Appelé près d'une femme en travail, le chirurgien trouva l'enfant sur le point de passer par une déchirure du périnée, la tête appliquée contre le côté de la cuisse gauche, et inclinée en arrière ; une forte contraction expulsa le reste du corps. La rupture comprenait toute la partie latérale du périnée et une partie des tégumens de la cuisse et de la grande lèvre gauche. On retira le cordon ombilical par la vulve, ce qui n'empêcha pas le placenta d'être expulsé par la plaie ; on fut ensuite obligé de diviser par l'instrument la bride que formait la commissure postérieure de la vulve, qui tombait en gangrène.

B. La division peut acquérir une étendue bien plus considérable encore, quand elle coupe diagonalement le plancher périnéal, de manière à s'étendre du voisinage de l'anus au côté opposé de la vulve, comme dans l'observation recueillie par M. Evrat, et qui a servi de texte au Mémoire de M. le professeur Moreau, sur le passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée.

103e OBSERV. — Passage de l'enfant à travers une rupture diagonale allant d'un côté de la vulve au côté opposé de l'anus.

« Mme D***, demeurant à Paris, quartier Poissonnière, no 1, près des grands boulevards, âgée de dix-neuf à vingt ans, d'un tempérament sanguin, arrivée heureusement au terme d'une première grossesse, accoucha le 3 mars 1835. Le travail s'annonça convenablement et suivit une marche régulière : l'enfant se présentait dans la quatrième position de la tête ; la dilatation du col de l'utérus se fit dans l'espace de cinq à six heures. La rupture de la poche des eaux eut lieu naturellement ; lorsque la dilatation fut complète, la tête s'engagea sans beaucoup de peine dans l'excavation pelvienne ; mais lorsqu'elle fut arrivée au point de franchir le détroit périnéal, elle éprouva des difficultés assez grandes pour arriver sous l'arcade des pubis. Dans une douleur très-vive, M. Evrat, qui assistait cette jeune dame, crut sentir que le milieu du périnée, qui répondait à la paume de la main, perdait de son épaisseur, de son élasticité, et cédait d'une manière sensible à la pression que la tête de l'enfant venait d'exercer sur lui. Il réfléchissait comment il pourrait s'opposer à la déchirure du périnée, qui lui paraissait imminente, lorsqu'une douleur énergique, dont il ne put modérer l'effet, vint expulser l'enfant, mais de telle sorte, que la tête de l'enfant, au lieu de s'échapper par les voies naturelles, passa à travers le périnée, en laissant au-devant d'elle la commissure postérieure de la vulve, et en arrière l'orifice de l'anus parfaitement intacts.

La plaie irrégulière, résultat de cette perforation, s'étendait à droite dans la direction de la branche ascendante de l'ischion et descendante des pubis ; elle dépassait en devant le niveau de la commissure postérieure de la vulve, et en arrière contournait un peu l'anus, puis elle se portait transversalement de droite à gauche, entre l'anus et la vulve, jusque près de la tubérosité de l'ischion du côté gauche.

La délivrance ne se fit pas long-temps attendre, et le placenta sortit par la voie qui avait donné issue à l'enfant ; un doigt, porté dans l'anus, donna l'assurance que l'intestin n'était pas compris dans cette déchirure.

Cet accident, pour l'observation duquel M. Evrat m'avait fait appeler immédiatement, effraya beaucoup les parens de la jeune dame ; leurs craintes furent bientôt dissipées par l'assurance que nous leur donnâmes que cela n'aurait pas de suites fâcheuses, et surtout lorsque nous leur citâmes des exemples de femmes qui avaient éprouvé le même accident, et qui cependant s'étaient parfaitement rétablies. Deux jours après, M. Evrat ayant été obligé de se rendre en Angleterre pour assister une de nos princesses qui réclamait ses soins, je restai chargé de diriger cette dame dans les suites de sa couche ; mais, jeune encore, je ne voulus le faire qu'aidé de la présence et des conseils de M. Désormeaux, qui continua à voir cette dame avec moi jusqu'à son parfait rétablissement.

Le traitement que nous suivîmes, et qui avait été arrêté de concert avec MM. Evrat et Désormeaux, fut extrêmement simple : nous nous contentâmes de faire coucher la malade sur le côté, les jambes et les cuisses rapprochées, et dans un état de demi-flexion ; nous pansâmes la plaie à plat avec de la charpie ;

nous eûmes soin de tenir la malade à un régime sévère, d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens, de laxatifs doux, dans la crainte que les efforts pour expulser des matières dures, et le passage de ces matières par l'anus, ne vinssent contrarier ou même rompre la cicatrice à mesure qu'elle s'établirait. Nous agitâmes un instant la question de savoir s'il serait convenable de placer une canule de gomme élastique dans la vulve pour faciliter l'écoulement des lochies par cette voie, et s'opposer à leur passage par la plaie; mais nous sentîmes que l'emploi de ce moyen n'était pas exempt d'inconvéniens; aussi nous ne nous arrêtâmes point à cette idée. D'ailleurs le gonflement qui survint bientôt dans les bords de la plaie s'opposa à tout passage des lochies par la déchirure. La malade suivit le régime avec une rare exactitude; au bout de cinq semaines de couche, elle était parfaitement guérie et la plaie complètement cicatrisée.

Depuis, cette jeune dame est accouchée une seconde fois à terme et sans accident; la cicatrice a résisté aux efforts du travail; il n'y eut, lors du passage de l'enfant, qu'une légère déchirure à la fourchette, comme cela arrive souvent chez les femmes qui accouchent pour la première fois.

C. La rupture peut avoir la forme d'un V dont les branches embrasseraient, soit la vulve, soit l'anus. Aussi, dans le plus grand nombre de cas, elle affectait la forme d'un Y. Ici trouve sa place l'observation que M. P. Joubert a publiée, en 1822, dans le *Bulletin de la Société médicale d'émulation*.

104e OBSERVATION.

Mme ***, âgée de vingt-trois ans, parvenue au neuvième mois d'une première grossesse, fit appeler ce médecin le 14 décembre, à six heures du soir. L'orifice de l'utérus était peu dilaté; l'enfant se présentait par la tête, dans une des trois dernières positions, ce qui ne fut reconnu qu'au moment du passage de la tête à travers le périnée. Le travail fut lent; le col n'était pas encore complètement dilaté; la malade fut saignée le 15, à quatre heures après midi; la tête se plongea bientôt, et peu de temps après, l'accouchement se termina par la rupture de la partie centrale du périnée dont la distension extrême lui donnait une étendue de cinq pouces au moins: la délivrance se fit par la plaie; il ne survint aucun accident; l'accoucheur fut fort effrayé.

La déchirure s'étendait de chaque côté de l'anus; elle avait la forme d'un Y; la plaie fut recouverte d'abord avec de la charpie imbibée d'une décoction émolliente, puis de la charpie sèche recouverte de compresses graduées, fixées par un bandage en T.

La malade fut couchée sur le côté, les jambes rapprochées par un lac: on la soumit à une diète rigoureuse; des lavemens lui furent administrés régulièrement pendant douze jours, et au bout de cinq semaines, la cicatrisation était complète. La même femme étant devenue grosse, accoucha naturellement trois ans après, et sans éprouver le moindre accident (*Transact. médic.* p. 133.)

105e OBSERVATION.

Enfin, dans le fait observé et publié par M. Velpeau (1), la plaie inégale et frangée, un peu concave en arrière, se prolongeant un peu plus à gauche qu'à droite, devait embrasser par ses angles les côtés de l'anus.

Il arrive aussi que, dans ces cas, et par suite de l'extensibilité dont jouit à un si haut degré la marge de l'anus, cette partie résiste à la rupture qui, après avoir divisé le rectum, s'étend par le vagin jusqu'au périnée et jusqu'à la fourchette, de manière que le sphincter forme une sorte de pont entre les deux ouvertures accidentelles qui séparent en même temps l'ouverture naturelle.

Conclusions relatives au passage de l'enfant à travers la rupture du périnée.

1. Le passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée, c'est-à-dire qui ne s'étendrait pas au-delà des limites de cette région, est un phénomène possible, bien qu'il n'en existe pas d'exemples entièrement incontestables parmi les observations recueillies à ce sujet.

2. A défaut d'observations concluantes, ce phénomène peut être conçu et prouvé par les dimensions que la région périnéale proprement dite est susceptible d'acquérir, et qui sont telles que des ouvertures qui ne s'étendraient pas au-delà de cette région, peuvent être assez grandes pour permettre le passage de l'enfant.

3. Le passage de l'enfant à travers une rupture atteignant, outre le périnée proprement dit, les parties latérales de l'anus et de la vulve, se conçoit plus facilement d'après l'étendue que peuvent avoir alors ces solutions de continuité.

Ce phénomène est d'ailleurs prouvé par un grand nombre de faits authentiques et connus. Comme dans ces cas la rupture ne communique pas avec les ouvertures anale et vulvaire, on les a pris en témoignage de la possibilité du passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée.

4. Les obstacles que la vulve oppose à la sortie de l'enfant sont les causes les plus ordinaires, et on peut dire les plus généralement essen-

(1) *Totologie*, 2e éd. t. II, p. 638.

tielles des ruptures du périnée par lesquelles l'enfant s'échappe ; ainsi son étroitesse, sa direction trop en avant, la rigidité naturelle ou pathologique des lèvres ou de la commissure postérieure, son occlusion ou celle de l'isthme hyménal du vagin.

5. Quand ces obstacles existent seuls, ce phénomène peut avoir lieu, quels que soient le volume, la position et la présentation de l'enfant, pourvu que ces circonstances fœtales ne s'opposent pas à l'expulsion extra-pelvienne. De plus, sous cette condition, le volume de l'enfant doit prédisposer à la rupture, d'autant plus qu'il sera plus considérable, puisqu'il exposera le périnee à une plus forte pression et à une distension plus extrême.

6. Le petit volume de la tête ou de toute autre région que l'enfant présente, ne dispose à la rupture que parce qu'alors la partie éludant l'action réfléchissante du plan courbe sacro-coccygien, pèse plus directement sur la région ano-périnéale.

7. Les conformations vicieuses du bassin qui empêchent la tête de l'enfant de s'engager sous les pubis, comme la hauteur de ces os, l'étroitesse de leur arcade, ou qui ne s'opposent pas à la direction perpendiculaire ou oblique en arrière imprimée au moment d'expulsion, comme la saillie sacro-lombaire trop considérable, le déjettement de la pointe du sacrum et du coccyx en arrière ; ces vices de conformation, dis-je, dans lesquels l'enfant est directement poussé contre le plancher ano-périnéal, l'exposent à la distension et rendent la rupture imminente.

8. Les présentations occipito-postérieures et celles de la face agissent de même que le ferait la hauteur des pubis ou l'étroitesse de leur arcade. Elles obligent de même la tête à descendre plus bas, pour qu'elle puisse s'engager sous celle-ci, et exposent conséquemment le périnée à une distension plus considérable à la rupture et à l'expulsion de l'enfant par cette voie anormale.

9. Les efforts d'expulsion dirigés de manière à pousser l'enfant parvenu dans l'excavation pelvienne, contre le sacrum, le coccyx et l'anus ; la position du corps telle que ces efforts portent dans la même direction comme dans la flexion du tronc en avant, ou même sa courbure en arrière, de manière que l'angle sacro-vertébral soit rendu plus saillant, ces circonstances deviennent ainsi des causes de distension et de rupture plus ou moins centrale du périnée et du passage de l'enfant à travers.

10. L'état de rigidité, d'inextensibilité du plancher ano-périnéal, en s'opposant à sa dépression suffisante pour que la tête de l'enfant puisse sortir du bassin, et se présenter à la vulve, doit prédisposer à une rupture directe, non précédée de distension remarquable.

11. Mais le plus ordinairement ce plancher cède d'abord en se distendant, soit par suite de la laxité naturelle des tissus qui le composent, soit parce qu'ils se trouvent affaiblis et vaincus par la violence ou la prolongation de la pression, soit enfin parce qu'ils sont ou deviennent le siége d'altérations pathologiques qui diminuent leur résistance.

12. Les causes actives ou déterminantes de cette lésion et des phénomènes qui en résultent consistent dans les efforts d'expulsion de l'enfant, efforts dépendant eux-mêmes, soit des contractions énergiques de l'utérus, soit de l'action des parois abdominales.

13. Le seigle ergoté ne doit-il pas ajouter à l'action néfaste de ces efforts, en les rendant plus intenses et plus soutenus ?

§ 5. *Passage de l'enfant à travers la vulve, malgré l'existence d'une rupture au périnée.* La distension extrême du périnée n'entraîne pas toujours sa rupture, de même que celle-ci n'a pas toujours pour résultat le passage de l'enfant à travers elle, soit que cette rupture s'effectue à l'instant même où la tête s'engageait dans la vulve, soit qu'elle ait précédé ce temps parturitif.

106e OBSERVATION. Rupture centrale du périnée pendant que la tête franchissait la vulve.

Dans l'année 1818, une jeune femme, enceinte pour la première fois, ayant la vulve très-étroite, était, depuis plusieurs heures, parvenue au dernier temps du travail ; on aperçut sur le milieu du périnée, qui souffrait alors ainsi que l'anus d'une énorme distension, une tache brunâtre ; cette teinte tenait à l'excessive amincissement de la peau, à sa demi-transparence, qui permettait d'apercevoir sous elle le cuir chevelu du fœtus, comme elle en laissait toucher presque à nu la surface ; cette tache était peu tendue dans l'intervalle des douleurs. Malgré les efforts les plus soutenus et les mieux dirigés, on ne put empêcher la rupture de cette partie amincie ; elle s'opéra au moment même où la tête, dilatant forcément la vulve, s'échappait brusquement en dehors. Dans les jours suivans le périnée, comme le reste des organes génitaux, perdit un peu de son étendue, et alors la plaie offrait six lignes de longueur; elle était comprise entre deux parties saines, dont l'une formait en devant un pont d'un demi-pouce de largeur, la fourchette étant parfaitement intacte ; l'autre constituait la marge de l'anus, et entre la plaie et cette ouverture il existait une distance d'environ trois lignes. Cette plaie communiquait avec le vagin, à cinq ou six lignes au-dessus de la fourchette. Quinze jours après l'accouchement, les choses restant en cet état, M. Dubois conseilla de couper la fourchette et le pont qui en faisait partie. Cette

opération faite, la plaie diminua peu à peu, et ne laissa d'autre trace qu'une gouttière peu profonde. (Mme Lachapelle, p. 106).

107e OBSERVATION

analogue.

Le 8 février 1818, la nommée Desch... se trouva absolument dans les même circonstances que celles dont il vient d'être question, seulement la tache périnéale était tendue, lisse et blanchâtre; elle se rompit au moment où la tête sortait par la vulve. La fourchette était également restée intacte avec une portion de peau de six lignes de large, et le sphincter de l'anus était d'autant plus intact que la plaie, au lieu d'être tout-à-fait longitudinale, se dirigeait vers la fesse droite; la déchirure avait environ trois pouces de longueur totale. Cette femme mourut d'une pneumonie scarlatineuse.

108e OBSERVATION.

Le 12 mars 1821, une femme primipare lymphatique, infiltrée, et d'un embonpoint assez considérable, accoucha pour la première fois. Le travail avait duré huit à dix heures; l'enfant pesait six livres; il était vivant.

Dans les derniers temps du travail, la vulve, naturellement fort étroite, et rétrécie encore par l'œdématie des grandes lèvres, résistait fortement. Le périnée était violemment distendu; tout à coup la peau s'éraille le long du raphé, et une déchirure superficielle occupe la longueur du périnée. Vers l'anus, la déchirure est plus profonde, et il en sort beaucoup d'eau; cependant la matrice redoublait d'efforts, et, après cinq douleurs, elle fit franchir à la tête la dernière barrière. Malgré le soin de trois personnes dont les mains, appliquées l'une sur l'autre, soutenaient le périnée, cette partie fut totalement rompue jusqu'auprès de l'anus, dont le sphincter resta néanmoins intact. Les soins de propreté et le rapprochement des cuisses suffirent pour consolider les parties entamées.

109e OBSERVATION.

J'ai vu, chez une jeune femme à son premier accouchement, une rupture en V, embrassant la commissure postérieure de la vulve. Le sommet de l'occiput était engagé et faisait saillie, d'un pouce environ; la tête semblait en grande partie plongée dans le cul-de-sac que formait le périnée fortement distendu. La sage-femme, Mme B., qui venait de me faire appeler pour appliquer le forceps, parce que l'utérus semblait tombé dans l'inertie, me dit que durant le temps qu'on m'était venu chercher, les douleurs s'étaient ranimées; que la tête, retenue dans l'excavation pelvienne, avait été assez brusquement poussée en bas et en avant, et que la déchirure que je voyais venait de s'opérer à l'instant même; j'appliquai la face palmaire de la main, de manière à embrasser la tumeur depuis le coccyx, où touchaient mes doigts, jusqu'à la commissure de la vulve répondant entre les éminences thénar et hypothénar; je fis appliquer la paume de la main droite de la sage-femme sur mes doigts pour augmenter leur force, et pouvoir refouler la tête d'arrière en avant; pendant qu'avec la paume de cette même main je soutenais le périnée, avec les doigts de la main droite j'écartais les lèvres et je pesais sur la commissure postérieure, de manière à la refouler en arrière; par ce moyen, aidé de quelques contractions utérines, et de quelques efforts ménagés de la mère, nous pûmes dégager entièrement l'enfant par la voie naturelle, sans que la rupture ait été augmentée. Après la délivrance, les lèvres de la plaie paraissant être en contact, je me bornai à prescrire des fomentations légèrement vineuses. Je n'ai pas revu la malade, mais la sage-femme me dit depuis que la cicatrisation s'était opérée très-facilement et en peu de temps.

110e OBSERV.— Rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale, l'anus étant resté intact. Accouchement spontané.

Mme J. Mart., âgée de vingt-quatre ans, accoucha pour la première fois le 10 février 1820, d'un enfant bien portant; aussitôt après on s'aperçut qu'il existait aux parties génitales des désordres plus grands que de coutume. La sage-femme qui l'avait accouchée assura que, pendant le travail, un lavement était sorti par la vulve, et que dans l'accouchement même un bras s'était un moment montré par l'anus. Il existait une fente large et à bords douloureux, occupant le bas de la cloison recto-vaginale; à partir de cette fente on descendait en arrière dans le rectum et vers l'anus qui était sain; en avant dans une déchirure qui s'ouvrait au périnée. La fourchette était intacte.

Ces faits sont faciles à concevoir. Lorsque l'occiput se présente à la vulve et s'engage sous l'arcade pubienne, la tête, qui pressait le centre du périnée par ses diamètres occipito-mentonniers de quatre pouces, le reporte, par son mouvement d'arrière en avant, vers la commissure vulvaire qu'elle tend à déprimer. Ce diamètre s'éloigne alors d'autant plus du centre périnéal que l'occiput fait saillie hors de l'arcade pubienne, de manière que ce n'est plus que le diamètre occipito-bregmatique, ayant un quart ou un demi-pouce de moins, qui correspond au périnée. Cependant l'art est obligé d'intervenir pour favoriser ce résultat,

en dirigeant et poussant la tête d'arrière en avant, en maintenant la région périnéale et en déprimant la vulve.

§ 6. *Résultats des ruptures centrales du périnée considérées en elles-mêmes.* Les différences que présentent les tissus sous le rapport de leur extensibilité, se remarquent dans les ruptures du périnée, lesquelles commencent par les tégumens, s'y bornent quelquefois, ou s'étendent de là plus profondément; mais le plus ordinairement elles sont limitées aux parois vaginales.

Dans tous les cas, que ces ruptures bornées au périnée soient complètes ou incomplètes, elles entraînent peu d'accidens immédiats bien notables. Il est rare qu'elles donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Dans le plus grand nombre de faits observés, on a noté qu'il n'y en avait pas eu. Mais si la déchirure est étendue, la réunion devenant difficile, il peut en résulter une ouverture fistuleuse désagréable. Les inconvéniens sont plus grands encore quand la rupture a envahi la marge de l'anus, ou s'est étendue au rectum. Nous reviendrons sur cette infirmité dégoûtante à l'occasion des déchirures de la fourchette et du périnée.

CHAPITRE III.

SIGNES DES RUPTURES CENTRALES DU PÉRINÉE.

La douleur qui accompagne ce phénomène peut être rapportée à celle qui résulte de l'effort d'expulsion qui l'a produit: elle peut être nulle quand le périnée est fortement distendu et aminci, et surtout quand la rupture succède au ramollissement sphacéleux que la pression a déterminé dans ses tissus. Cette cloison, revenant sur elle-même après l'événement, la plaie perd de ses diamètres, ce qui peut contribuer à faire douter que l'enfant ait pu la traverser, à moins que ce phénomène ne se soit passé sous les yeux de l'accoucheur, ou que la présence du cordon resté intact n'atteste qu'il a eu lieu.

Enfin le passage par la plaie de gaz intestinaux, l'écoulement par la même voie de matières stercorales, indiquent que la rupture s'étend au rectum avec ou sans la participation de la marge de l'anus.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT DES RUPTURES DU PLANCHER ANO-PÉRINÉAL.

ARTICLE PREMIER.

Traitement préservatif.

Il consiste à écarter, à changer, à détruire les conditions anormales qui prédisposent à ces accidens, et que l'on peut rapporter en dernière analyse à trois chefs: 1° la direction vicieuse du fœtus qui lui fait porter tous les efforts de pression contre le plancher ano-périnéal; 2° le défaut de résistance suffisante de ce plancher; 3° enfin, les obstacles que présente l'ouverture vulvaire à l'engagement et la sortie de l'enfant. De là trois indications prophylactiques fondamentales. La première a pour but de diriger d'arrière en avant la partie fœtale qui se présente au détroit inférieur. La seconde est destinée à donner au plancher périnéal la souplesse ou la résistance nécessaire pour permettre qu'il cède suffisamment à la pression, ou qu'il résiste à une distension exagérée. La troisième tend à écarter ou détruire les obstacles que la vulve présente à la sortie de l'enfant.

1re INDICATION. De quelque part que vienne *la direction vicieuse imprimée à la progression de l'enfant,* il importe de ne pas attendre, pour la corriger, que la région qui se présente ait franchi le détroit inférieur et en fasse bomber le périnée.

§ 1er. *Présentation de la tête.* A. Une première précaution plus importante qu'on ne le pense à cette période de l'accouchement, c'est de donner ou faire prendre à la femme une position telle que l'angle sacro-vertébral fasse le moins de saillie possible, et que les efforts d'expulsions, qui jusque-là avaient pu et devaient être dirigés selon l'axe de l'utérus vers l'excavation du sacrum, portent maintenant suivant l'axe du détroit inférieur et dans la direction de la vulve. Il convient donc que la femme soit couchée à plat sur le dos, que pendant les douleurs elle soulève modérément le bassin en s'appuyant sur le dos et les talons. En même temps l'accoucheur comprime et redresse le fond de l'utérus avec une de ses mains ou celle des assistans, ou mieux encore au moyen d'un bandage circulaire.

B. Si l'enfant est peu volumineux, et que cette circonstance occasione la pression exagérée du plancher ano-périnéal, pour les raisons que nous avons indiquées, il faut suppléer à l'action réfléchissante ou répulsive des courbures sacro-coccygiennes, pour diriger la tête d'arrière en avant. La compression dirigée dans ce sens avec les mains appliquées sur le coccyx, les échancrures ischiatiques et la région anale, suffit ordinairement dans ce cas; autrement on peut utiliser avantageusement le levier de Roonhuysen. Cet instrument est formé d'une tige métallique, aplatie, arrondie et recourbée vers une de ses extrémités qui est pleine ou mieux terminée en cuiller fenêtrée. On engage cette extrémité jusque dans l'excavation du sacrum, et on applique ainsi sa concavité sur la partie correspondante de l'enfant. On tire alors sur le manche de manière à ramener cette partie d'arrière en avant; mais il faut com-

biner ce moment avec les efforts d'expulsion qui repoussent la tête hors du bassin, autrement l'action seule ou mal combinée de l'instrument, en appliquant la tête de l'enfant contre les pubis, empêcherait son expulsion extra-pelvienne. On observera que le levier ne doit avoir de point d'appui que sur la tête de l'enfant, et que la manœuvre doit être toute de traction. Si, comme je l'ai vu faire, on prenait ce point d'appui sur la fourchette, de manière à imprimer à l'instrument un mouvement de bascule tel que le manche étant dirigé en arrière, la cuiller soit ramenée et repousse la tête en avant, on s'exposerait inévitablement à déchirer la vulve et le périnée, comme j'en ai vu un exemple. C'était à l'occasion d'une présentation de la face. La tête ne pouvait franchir le détroit inférieur moins à cause de la position vicieuse que parce que la matrice fatiguée était tombée dans l'inertie. Le levier ne pouvait rien dans ce cas; aussi l'accoucheur qui l'avait employé malgré mon opposition, fut-il obligé de revenir à l'application du forceps que j'avais proposée d'abord. Mais déjà le périnée était assez profondément entamé, et malgré toutes nos précautions, nous ne pûmes empêcher que le passage de la tête, entraînée par le forceps, n'agrandît cette déchirure jusqu'au rectum.

Lorsqu'il est nécessaire de combiner ce mouvement de bascule avec celui de traction, on doit se servir de la main libre, que l'on applique au-dessous et vers le milieu de l'instrument pour servir de point d'appui ou de centre de mouvement, tandis que de l'autre main on le fait agir.

D'après sa manière d'agir, le levier ne doit être employé, 1° que quand la tête ayant franchi plus ou moins complètement le détroit inférieur, il n'y a plus qu'à ramener cette partie en avant dans la direction de l'arcade sous-pubienne et de la vulve; 2° et auparavant, que quand les efforts d'expulsion sont assez énergiques, l'instrument combinant alors son action avec celle de l'utérus et des parois abdominales, de manière à favoriser et l'expulsion extra-pelvienne de la tête, et son mouvement d'arrière en avant.

3° Sous ces conditions, le levier convient également dans les cas où la prédisposition à la distension et à la rupture périnéale provient du déjettement de la pointe du sacrum et du coccyx en arrière. L'instrument supplée alors au défaut de courbure de ces parties, disposition nécessaire pour que la tête de l'enfant puisse glisser vers l'arcade sous-pubienne et la vulve.

On peut remplacer avec avantage le levier par une anse formée avec une tige de fer recourbée sur elle-même, ainsi que vient de le proposer le professeur Dugès. (*Revue méd.* Juillet 1835.

C. Mais lors de présentation de la face, de présentation occipito-postérieure, comme aussi lorsque les pubis sont trop hauts, ou l'arcade sous-pubienne trop étroite, en un mot dans tous les cas où la tête de l'enfant ne peut s'engager sous cette arcade sans présenter de grands diamètres au périnée, le levier, par les raisons que je viens de dire, n'est pas seulement insuffisant, il peut même être plus nuisible qu'utile. Le forceps convient seul alors. Avec cet instrument en effet on supplée à l'insuffisance des efforts d'expulsion, et l'on imprime à la tête telle direction que réclame la délivrance.

Quels que soient la marche que l'on suive et l'instrument que l'on adopte, la manœuvre doit être opérée lentement, graduellement, sans brusquerie, sans secousses. Il faut imiter en cela la nature, qui laisse en général à la vulve et au plancher ano-périnéal le temps de prêter, par l'assouplissement de leurs tissus, à la distension violente à laquelle ces parties se trouvent successivement soumises.

§ 2. *Présentation de l'extrémité pelvienne de l'enfant.* Comme cette région fœtale est peu volumineuse, on peut toujours l'accrocher, soit avec l'extrémité des doigts recourbés d'une main et agissant à la manière du levier, soit avec les indicateurs de chaque main introduits dans le pli des cuisses repliées sur le bassin, et agissant à la manière des crochets.

IIe INDICATION. *Mettre le plancher ano-périnéal en disposition de céder suffisamment à la distension nécessaire; empêcher que cette distension ne soit exagérée.* Dans les cas de trop grande rigidité de cette région qui menace de se rompre plus tôt que de se distendre sous la pression d'un travail énergique d'expulsion, on doit d'abord modérer les efforts en ce qu'ils ont de volontaire de la part de la femme, tandis que, par les applications émollientes tièdes, les injections de même nature, les bains de siége, on donne aux tissus vulvaires et périnéaux la souplesse qui leur manque.

Si au contraire c'est par excès de souplesse prédisposant à une distension exagérée que pèche cette région, on doit alors suppléer à son défaut de résistance suffisante par l'application bien entendue des mains, par leur action refoulante. Dans les cas de distension rendant la rupture imminente, on se gardera de suivre l'avis de Mesnard, qui conseille l'introduction des doigts entre le périnée et la tête de l'enfant, afin de la diriger vers la vulve. N'est-il pas évident que la présence, des doigts en ajoutant au volume de la tête et à la pression qu'elle exerce déjà sur le périnée, en augmentera encore la distension et en provoquera plustôt la rupture? Par les mêmes raisons, ce doit être avec la plus grande précaution

que l'on appliquera dans ces cas le levier ou le forceps.

Mais, je le répète, les mains suffisent alors; jamais je n'ai eu recours qu'à leur secours en pareil cas, et jamais elles n'ont failli au but que je me proposais. Elles peuvent très-bien et suffisamment suppléer au défaut de résistance et d'action refoulante du plancher ano-périnéal. Mais pour cela, il convient de les appliquer de manière qu'elles embrassent cette région du coccyx jusqu'à la vulve, et qu'elles représentent une surface légèrement recourbée, dont la concavité est dirigée dans le rayon de l'arcade sous-pubienne. Ainsi, on applique le main gauche, les doigts appuyant sur le coccyx, et la paume soutenant l'anus et le périnée, tandis qu'avec les doigts de la main droite on élargit ou déprime la vulve en la refoulant en arrière au-devant de la tête du fœtus.

IIIe INDICATION. *Ecarter ou détruire les obstacles que la vulve présente à la sortie de l'enfant.* — Lorsque la vulve n'est qu'étroite, que les bords sont d'un tissu peu extensible, on parvient en général à opérer graduellement sa dilatation avec les doigts, en s'aidant de l'application immédiate des relâchans, comme cataplasmes laudanisés, fomentations émollientes, vapeur tiède, onctions huileuses, etc.; mais quand cette ouverture est rétrécie par quelques altérations organiques ou quelques cicatrices qui ont fait perdre aux tissus qui la circonscrivent leur extensibilité, il n'y a pas d'autre marche à suivre que celle dont M. Champenois a donné un exemple (*Journal de Médecine*, an 1811), et qui consiste à détruire les obstacles avec le bistouri.

111e OBSERV. — Incision de la vulve rétrécie par une ancienne cicatrice, pour prévenir la rupture centrale du périnée.

Une femme avait éprouvé, dans son enfance, à l'âge de trois ans, une brûlure considérable aux parties de la génération. La cicatrisation des plaies détermina une occlusion de la vulve, au point qu'il ne restait à la commissure supérieure des grandes lèvres qu'une ouverture par laquelle on pouvait à peine introduire le bout du petit doigt, et par où s'écoulait l'urine. Arrivée à dix-neuf ans, la jeune personne, qu'on désirait marier, fut amenée à Paris. On pratiqua une incision, par l'ouverture de laquelle s'écoulait l'urine, jusqu'aux environs du périnée; une des nymphes fut même retranchée. Soit que cette incision n'ait pas été assez prolongée, ou qu'on ne se soit pas assez opposé à la réunion, il en résulta une cicatrice qui devait rendre l'accouchement impossible. La plaie parfaitement guérie, cette demoiselle retourna dans sa province, se maria et devint enceinte. Au huitième mois de sa grossesse, elle vint à Paris pour accoucher, et s'adressa à M. Champenois, qui la fit baigner et lui fit prendre des fumigations de siége, dans la vue de relâcher les parties. Le moment de l'accouchement arrivé, la tête de l'enfant s'engagea et parut à la vulve; le périnée se développa et s'amincit extrêmement; le cuir chevelu, engagé par l'ouverture trop petite de la vulve, formait, par son gonflement, un champignon très-gros. Les bords de la vulve formaient un cercle dur, épais et calleux, qui pouvait résister aux plus grands efforts; le périnée, excessivement tendu et aminci, menaçait de s'ouvrir dans son centre. M. Champenois, assisté de M. Reis, médecin de la femme, pratique alors, au moyen d'un bistouri et d'une sonde cannelée introduite entre la tête de l'enfant et le périnée, une incision d'environ deux pouces sur le raphé. La première douleur engagea l'occiput de l'enfant dans la vulve agrandie, et deux autres douleurs terminèrent l'accouchement. La plaie se trouva d'une très-petite étendue lorsque le périnée fut rendu à son état naturel. Il ne survint aucun accident.

S'il existait une occlusion complète de la vulve ou de l'entrée du vagin par la membrane hymen conservée et plus ou moins épaisse, ou par une cloison anormale, il faudrait en opérer la division. En voici un exemple que nous empruntons à Bianchi qui le rapporte d'après Giachérius, *De Naturali in humano corpore vitiosâ morbosâque generatione;* Turin, 1741, p. 149.

112e OBSERV. — Occlusion de la vulve par une membrane. Rupture de la cloison recto-vaginale. Agrandissement de l'ouverture que l'on étend jusqu'au périnée pour extraire l'enfant.

« Accersebar (scripsit ad nos peritissimus » Savilianensis chirurgus Giacherius) die XIV, » superioris maii mensis monasterolium, tribus » milliariis abhâc urbe dissitum, ut Joannam » viserem Josephi Truchi uxorem, æt. ann. » XXXV, valdè obesam feminam; jam à quin- » que diebus acerrimis partus doloribus pres- » sam; cujus, à me commodiori loco dispositæ, » genitales partes explorans, velut e limine » occlusas inveni: ad hæc fœtus capitis sinci- » put ad valdè dilatatum ani orificium tetigi » inspexique. Quùm verò ipsum (de naturali » partu adhuc cogitans) summis digitis in ute- » ri caveam repellere contenderem, ingens » statim sanguinis copia per anum effluxa est. » Pudendas indè partes et insolitum earum » claustrum manu mihi curiosiùs inquirenti, » fortis occurrit membrana, transversim obten- » ta, totumque externum uteri orificium, seu » vaginæ introitum occupans: hanc verò » promptè discidens, et manum in vaginum » inducens, digitos per statim repertam scissu- » ram, recti intestini et vaginæ caveas commu-

» nicantem, ad asquè anum ità liberè detuli;
» ut adstantes ipsi eos ex hoc foramine erum-
» pentes viderint. Cùm verò lividam vaginam
» aliosque adjacentes partes inflammatas et
» rigidas, ac veluti spasmo contractas angus-
» tamque adeò viam, ut naturali partui inepta
» esset, animadverterim; curvum ferrum acci-
» pio, ipsoque in anum introducto, interpo-
» situm vulvæ et podici perinæum uno strenuè
» ictu divido: atque per ità opertam semitam
» vivum adhùc fœtum, lustralibus indè aquis
» feliciter exceptum, extraho. Absoluto obste-
» tricio, puerperæ auxiliarem indè porrigens
» operam, eam, post duos menses, solâ samari-
» tani Basanii introditione atque ablutione
» optimè valetudini restitui, admirabar. »

Dans ce fait, extrêmement remarquable, le chirurgien a suivi la marche qu'aurait prise la nature pour opérer la délivrance; il est certain que si l'accouchement avait été abandonné aux seuls efforts naturels, la tête de l'enfant aurait agrandi l'ouverture recto-vaginale, en la prolongeant jusqu'à l'anus et au périnée, enfin jusqu'à ce qu'elle fût assez grande pour lui livrer passage; c'est probablement de cette manière que commencent et se propagent toutes les ruptures qui envahissent le périnée et le rectum.

Il est une précaution que j'ai vu presque constamment négliger par tous les accoucheurs dans les accouchemens laborieux quelconques, et dont l'omission ajoute beaucoup aux difficultés de la délivrance, et peut même contribuer à la détermination des accidens dont elles menacent. Je veux parler de l'injection dans le vagin de liquides onctueux, mucilagineux. Et, en effet, la présence prolongée de la tête de l'enfant dans le canal, la pression qu'il lui fait subir, et surtout l'introduction fréquente des doigts ou de la main, faite dans l'intention de s'assurer de la marche de l'enfant, de l'aider ou de la diriger; toutes ces causes, dis-je, ont pour effet d'enlever les mucosités qui lubrifient le conduit, d'en empêcher la reproduction; il en résulte que l'enfant ne peut plus glisser aussi facilement dans ce conduit, quoiqu'il y soit poussé par les seuls efforts d'expulsion, ou amené au moyen des instrumens. Le frottement plus considérable qu'il produit dans sa progression doit meurtrir et déchirer la membrane muqueuse, alors si fragile. Il convient donc de suppléer à cette lubrifaction naturelle par des injections de liquides mucilagineux concentrés. Jamais je n'applique le forceps sans avoir auparavant inondé les voies parturitives, jusqu'à la plus grande hauteur possible, avec des décoctions épaisses de racine de guimauve ou de graine de lin; aussi n'ai-je jamais vu de ces délabremens déplorables qui suivent si fréquemment l'application du forceps, faite dans certaines circonstances.

ARTICLE II.

Traitement curatif des ruptures centrales du plancher périnéal.

Les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir sont les mêmes que pour les ruptures profondes de la fourchette, dont il sera question tout à l'heure.

QUATRIÈME DIVISION.

RUPTURES ET DÉCHIRURES DE LA VULVE ET DU PÉRINÉE.

ARTICLE PREMIER.

Mécanisme et causes.

Le rôle de la vulve, pendant l'acte de la parturition, a beaucoup d'analogie avec celui que jouent le col de l'utérus et ses orifices. Si cette ouverture présente des obstacles à l'engagement de la tête de l'enfant, cette région se trouve refoulée en avant, et la distension qui porte alors principalement derrière la commissure postérieure, provoque là une rupture par traction, semblable aux ruptures transversales du col utérin. La division contournant alors la commissure, et embrassant la vulve, représente la forme d'un V. L'observation que j'ai rapportée précédemment sous le n° 11 en fournit un exemple; mais ce genre de rupture, qui se rattache plus spécialement aux ruptures centrales du périnée, est assez rare. Le plus ordinairement il y a rupture longitudinale affectant les bords de l'orifice de la vulve. Elle suppose que l'enfant a commencé de s'engager à travers l'ouverture vulvaire; elle est donc produite par distension ou par pression, comme les ruptures verticales du col utérin.

Ces déchirures s'opèrent presque constamment vers la commissure postérieure ou la fourchette, parce que c'est la région la moins épaisse du pourtour de la vulve, et parce qu'elle est la première et celle qui est la plus soumise à la distension et au frottement de la part du fœtus.

Quelquefois la solution a lieu latéralement; je l'ai vue une fois double, et laisser entre les deux déchirures la commissure formant un lambeau; mais le plus ordinairement elle affecte la ligne médiane, et divise ce que l'on nomme la fourchette.

Dès que la fourchette a cédé, la déchirure peut s'étendre au périnée, et plus profondément encore. Cependant je crois que dans les vastes et profondes déchirures, la solution a dû commencer, dans un grand nombre de cas, par la région périnéale du vagin, ou par sa

cloison rectale quand elle envahit jusqu'à l'anus et à l'intestin rectum. C'est ainsi que s'est formée cette déchirure dont parle M. Deneux, laquelle s'étendait depuis le col de l'utérus jusqu'à la fourchette, ayant ainsi divisé la paroi postérieure du vagin dans toute son étendue, de manière que cette cavité semblait n'en plus faire qu'une avec le rectum.

Les causes de cet accident résident dans un défaut de proportion entre le volume de l'enfant et l'étendue de l'ouverture vulvaire.

A. Relativement à l'enfant, on notera le volume anormal de la tête; les positions dans lesquelles elle tend à présenter ses plus grands diamètres en traversant la vulve, telle que la présentation de la face soit en avant (*occipito-postérieur*), soit en plein *mento-postérieur*), etc.

B. Cans les cas où l'enfant vient, soit naturellement, soit artificiellement par les pieds, la sortie de la tête entraîne aussi souvent la déchirure de la fourchette que quand elle se présente la première. J'en ai vu plusieurs exemples, et on en trouve une observation remarquable dans le vingtième Mémoire de Mme Lachapelle (page 203).

C. Cet accident est aussi déterminé assez fréquemment par les épaules de l'enfant. Cet événement m'a paru tenir à ce qu'une fois la tête dégagée, on ne fait plus attention au périnée, que l'on néglige de soutenir, et qui, fatigué par les violences qu'il vient d'éprouver, cède en se rompant à la nouvelle distension que les épaules lui font subir, surtout quand au lieu de s'engager diagonalement, c'est-à-dire l'une après l'autre, elles se présentent en même temps.

D. Toute pression, toute distension forcées, opérées dans l'intention d'aider ou de hâter la dilatation de la vulve et la sortie de l'enfant, exposent au même accident; aussi, outre que l'introduction répétée et inconsidérée des doigts, en enlevant les mucosités, rendent le frottement plus intense, leur présence ajoute au volume de l'enfant; ou si cette période de l'accouchement se prolonge, les manœuvres irritent, enflamment la fourchette, qui, devenue tantôt plus rigide, tantôt ramollie par l'inflammation, se déchire sous une pression même modérée.

Les obstacles prédisposant aux déchirures de la fourchette, et dépendant de la vulve, consistent:

A. Dans l'étroitesse et l'état de rigidité naturelle de cette partie, comme on l'observe chez les femmes primipares, soit jeune, soit avancée en âge;

B. Dans les altérations pathologiques qui rendent ses tissus inextensibles, comme d'anciennes cicatrices résultant de blessures, de brûlures, d'ulcères en général syphilitiques, etc.

C. On observe fréquemment les déchirures dans les accouchemens précipités, qui ne laissent pas à la vulve le temps de prêter à la violente distension à laquelle elle est brusquement soumise.

D. C'est aussi pour cette raison qu'on les voit arriver dans les accouchemens terminés par l'application du forceps, toutes les fois qu'on se hâte trop de vouloir extraire l'enfant.

ARTICLE II.

Résultats des déchirures de la fourchette et du périnée.

Les déchirures peu profondes de la fourchette deviennent plutôt un avantage qu'un inconvénient, en donnant à la vulve, pour les accouchemens subséquens, l'ampleur qui lui manquait au premier.

Lorsque ces déchirures sont multiples, elles forment, après la rétraction des parties et la cicatrisation, des tubercules qui pourraient en imposer pour des excroissances syphilitiques.

Celles qui s'étendent profondément au périnée, de manière à l'envahir tout entier, jusqu'auprès de l'anus, ou à contourner cette ouverture, donnent lieu à une infirmité désagréable, relativement aux rapports conjugaux. De plus, nous l'avons vu disposer aux chutes complètes de l'utérus, qui, n'étant plus soutenu par le plancher périnéal, obéit facilement aux efforts qui tendent à précipiter cet organe hors de la vulve.

La dégénérescence des bords de la plaie en ulcère de mauvais caractère, comme *Solingen* en cite une observation, tient à une cause étrangère à la déchirure. C'est alors un événement très-grave, puisqu'en déterminant une perte de substance, non seulement il empêche la réunion immédiate, mais il peut apporter des obstacles insurmontables à la réunion médiate.

Mais c'est surtout quand la déchirure s'étend jusqu'à l'anus et à la cloison recto-vaginale, que les inconvéniens qui en résultent sont déplorables; alors, en effet, tantôt les gaz et les parties les plus fluides des matières stercorales s'échappent par la vulve; d'autres fois le vagin et l'intestin ne forment plus qu'un vaste cloaque où s'épanchent et par où s'échappent involontairement, et les gaz intestinaux et les matières stercorales, infirmité dès lors répugnante aux approches conjugales, et dégoûtamment incommode pour les malheureuses femmes qui en sont affectées; quelques unes parviennent bien à la dissimuler à force de soins de propreté, de quelques artifices ingénieux, mais la plupart perdent bientôt et leur santé et leur fraîcheur; elles deviennent sombres, mélancoliques, désespérées qu'elles

sont des dégoûts qu'elles inspirent, et de ceux qu'elles éprouvent elles-mêmes ; aussi, avec quel courage, quelle résignation se soumettent-elles aux opérations que l'art possède, et par lesquelles on est heureusement parvenu à détruire efficacement ces graves infirmités !

ARTICLE III.

Signes.

On s'aperçoit assez souvent quand la déchirure commence, par la sensation particulière de déchirement qu'éprouve la main qui soutient le périnée, et malgré le secours de laquelle la division continue et s'étend. La partie de l'enfant qui semblait retenue avance alors avec rapidité, et s'échappe même brusquement comme si elle était lancée, la rupture détruisant instantanément l'obstacle qui résistait à sa sortie. Les vives cuissons que l'accouchée ressent ensuite, soit quand elle se meut, soit quand elle se livre aux efforts de la défécation, soit quand on la nettoie, ou enfin lorsque, pendant l'excrétion de l'urine, quelques portions de ce fluide coulent sur la plaie; ce signe, dis-je, éveille l'attention, et l'examen des parties par le toucher et surtout par la vue, confirme l'existence et fait reconnaître l'étendue de la plaie.

ARTICLE IV.

Traitement.

§ 1er. *Traitement préservatif.* Il repose sur les mêmes indications que celles que réclame l'imminence des ruptures dites centrales du périnée; il consiste à maîtriser la sortie trop brusque de l'enfant, quand l'accouchement est spontané, en engageant la femme à retenir ses efforts, ou à ne pousser que lentement, graduellement et sans secousse; et à ne l'attirer que peu à peu quand l'art est obligé d'intervenir, comme par exemple lorsqu'on se sert du forceps, ou que l'on opère l'extraction de l'enfant par les pieds. Dans tous les cas on soutient la vulve au passage de la tête ou des épaules, en même temps que par des fumigations, des onctions et des applications émollientes, on lui donne la souplesse nécessaire à sa dilatation.

§ 2. *Traitement curatif des déchirures de la fourchette et du périnée.* Les déchirures peu profondes de la vulve doivent être abandonnées à elles-mêmes; il importe peu qu'elles ne se réunissent pas.

Celles qui s'étendent au périnée, soit qu'elles envahissent la vulve ou qu'elles soient centrales, se guérissent quelques fois spontanément par réunion immédiate, comme Thymœus et Peu en ont donné des exemples; mais cette terminaison désirable se trouve le plus ordinairement empêchée par le passage et l'interposition des matières lochiales, résidu altéré et irritant des excrétions utérines et vaginales qui succèdent à l'accouchement. Les mouvemens de la femme, les efforts de la défécation, empêchent en même temps que les bords de la plaie ne restent assez exactement et assez long-temps en contact ou affrontés pour qu'ils puissent s'agglutiner; ils se cicatrisent isolément, et laissent ainsi un écartement plus ou moins considérable, quand la déchirure a envahi la fourchette ou une ouverture périnéo-vaginale comme fistuleuse, quand la rupture a été centrale.

La manière dont s'opère cette cicatrisation isolée des lèvres de la plaie mérite d'être remarquée. Elle se fait en deux sens : d'abord dans le sens de l'épaisseur, de manière que la peau du périnée et la membrane muqueuse vaginale se rapprochent et se confondent, si ce n'est aux endroits où la cloison périnéale est épaisse ; là il se forme une cicatrice intermédiaire revêtant les caractères des membranes muqueuses.

En outre la cicatrisation s'opère en même temps dans le sens de la longueur des lèvres de la plaie; ce raccourcissement ne peut se faire qu'aux dépens des tissus correspondant aux angles. Dans les cas de déchirures de la fourchette et du périnée, les grandes lèvres, qui seules peuvent prêter facilement, sont donc attirées en arrière par le fait de ce mode de cicatrisation; aussi peut-on s'assurer que, chez les femmes qui ont eu la fourchette profondément déchirée, l'ampleur qu'en a conservée l'ouverture de la vulve dépend en grande partie de cet allongement des grandes lèvres ; on voit même quelquefois alors leur commissure comme confondue avec la marge de l'anus, sans trace bien notable de cicatrice intermédiaire.

Ce mécanisme de la cicatrisation explique pourquoi l'existence d'une bride qui sépare la vulve de la plaie dans les ruptures centrales du périnée rend la cicatrisation bien plus difficile et plus longue que lorsqu'il y a déchirure complète.

Et, en effet, la présence de cette bride, formée par la commissure postérieure de la vulve, empêchant jusqu'à un certain point les grandes lèvres de prêter par leur allongement à la cicatrisation dans le sens de la longueur, la retarde, ou bien il en résulte une ouverture fistuleuse; coupez cette bride, et vous verrez alors la cicatrisation, qui jusque-là semblait rester stationnaire, faire de rapides progrès et s'accomplir entièrement. On agit ici comme dans le cas de fistules à l'anus; on fait une seule ouverture de l'ouverture accidentelle et de la naturelle; aussi le professeur Dubois a-t-il fait un précepte en de telles circonstances, de diviser la bride vulvaire, pour peu que la cica-

trisation des plaies, résultant de la rupture centrale du périnée, languisse. Je citerai comme exemple l'observation rapportée plus haut sous le n° 98, et celle qu'a transmise Champenois (*Obs.* n° 891).

Cependant cette opération n'est pas applicable à tous les cas: elle ne conviendrait pas, par exemple, lorsque la réunion immédiate est possible, cas dans lesquels la bride peut tenir lieu de point de suture; elle doit être réservée pour quand le trop grand retrait des bords de la plaie ou quelque perte de substance ont produit un écartement qui rend la réunion impossible.

Ce que nous disons de la vulve s'applique également à l'anus; c'est par un mécanisme semblable que se cicatrisent les déchirures ou ruptures qui envahissent cette ouverture et une partie de la cloison recto-vaginale; il y a cicatrisation dans le sens de l'épaisseur et dans le sens de la longueur; par ce dernier, les extrémités du sphincter de l'anus divisé s'étendent et se rapprochent de l'angle rectal de la plaie, et contribuent à combler plus ou moins celle-ci; l'anus alors est véritablement agrandi. En effet, le sphincter se trouvant ainsi comme plus étendu, finit par embrasser en presque totalité ce plus vaste anus, qui, jusqu'à un certain point, est seulement grand comme d'ordinaire; aussi l'excrétion des matières stercorales qui était involontaire, finit-elle souvent par rentrer sous l'empire normal de la volonté; d'un autre côté, le bord de la rupture formé par la cloison recto-vaginale, ayant été attiré lui-même par suite de ce mode de cicatrisation, descend plus bas, et vient former un éperon, une sorte de valvule qui s'oppose au passage des matières intestinales dans le vagin, comme cela avait eu lieu jusque là. Ainsi donc les ruptures ou déchirures profondes du périnée, s'étendant à l'anus et à la cloison recto-vaginale, peuvent se guérir sans autre incommodité que celle résultant d'une vaste ouverture, et plusieurs des observations que nous avons rapportées et que nous rappellerons, prouvent que la plus dégoûtante, le passage des matières intestinales par le vagin, et leur excrétion involontaire, finit souvent par diminuer graduellement à mesure que les bords de la division se cicatrisent, et qu'elle peut même disparaître complètement à la longue.

L'analogie de ce mode de cicatrisation des plaies ano-rectales avec celles périnéo-vulvaires, explique comment une déchirure qui s'étend du périnée au rectum, et épargne l'anus, trouve dans cette bride intermédiaire, dans cette espèce de pont, un obstacle à la cicatrisation de la portion rectale de la plaie; l'ouverture se resserre difficilement, et il en résulte une fistule permanente recto-vaginale; or, coupe-t-on cette bride, on ramène ainsi la plaie aux conditions des déchirures ordinaires du périnée, s'étendant jusqu'à l'anus et au rectum: alors donc les tissus de la marge de cette ouverture naturelle, attirés par la cicatrisation dans le sens de la longueur vers le rectum, viennent prêter leur secours et contribuer à combler le vide que les parois seules de l'intestin n'étaient pas aptes à remplir. Au lieu donc d'une fistule recto-vaginale incurable, on a une plaie plus étendue, il est vrai, mais qui, en marchant vers ce mode de cicatrisation, diminue les chances d'une dégoûtante infirmité; on pourrait interpréter dans ce sens les observations suivantes.

113e OBSERVATION.

Une femme de vingt-cinq ans, qui, quarante jours auparavant, avait subi un accouchement très-laborieux, vint à Lunéville consulter Saucerotte, à l'occasion d'une déchirure au périnée et d'une autre d'un pouce et demi environ à la cloison recto-vaginale. Le sphincter de l'anus était intact; on tenta la guérison par le repos, la situation et les moyens propres à déterminer la constipation, mais inutilement; on décida enfin la nécessité de l'opération, qui fut pratiquée trois mois et vingt jours après l'accident. Elle consista à aviver les bords de la division de la cloison recto-vaginale, et à y pratiquer six points de suture à surjet dits du pelletier, on plaça dans le vagin un linge couvert de baume du Pérou, et dans l'anus une canule de plomb, faite exprès pour cet usage; on favorisa la constipation par une diète sévère. Au onzième jour de pressantes épreintes avertirent de la nécessité d'ôter la canule; il sortit, avec de vives douleurs et effusion de sang, des matières qui déchirèrent les trois points inférieurs, de manière que les excrémens passèrent presque tous par le vagin; cependant la plaie était réduite de moitié; cet événement fâcheux ne découragea pas la malade. Un mois après, elle se soumit à une nouvelle opération; on coupa alors le sphincter, lequel restant isolé comme une corde tendue, faisait obstacle à la sortie des matières; on aviva de nouveau les bords de la division, et on pratiqua quatre points de suture; cette fois on supprima la canule, et on favorisa la liberté du ventre par de doux laxatifs, et par un régime moins rigoureux. Trois mois après, la guérison fut complète (*Recueil périod. de la Soc. de médec. de Paris*, t. IV, p. 417). Je ne serais pas éloigné de penser que le sphincter, resté intact, ait empêché la cicatrisation de la même manière que l'intégrité de la fourchette s'oppose à celle de la division du périnée; une fois cette bride enlevée, peut-être que la cicatrisation aurait amené la suspension des inconvéniens de la

déchirure du rectum, nonobstant l'emploi de la suture.

Au reste, les inconvéniens qui résultent des ruptures ou déchirures profondes du périnée font un précepte obligatoire de tenter la réunion, soit immédiate, soit médiate.

CHAPITRE Ier.

RÉUNION IMMÉDIATE OU PRIMITIVE DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Quelle que soit la méthode à laquelle on ait recours pour obtenir cette réunion, il importe d'écarter toutes les causes susceptibles de la troubler. Ainsi, on entraînera les matières lochiales et urinaires qui salissent incessamment les parties, par le moyen d'injections répétées dans le vagin; on empêchera ces matières de filtrer entre les bords de la plaie, en leur ouvrant une voie plus facile d'écoulement par la vulve, soit en donnant à la femme une position fortement inclinée sur le côté, de manière que cette ouverture naturelle se trouve sur un plan plus déclive que la déchirure, soit en plaçant dans le vagin des canules plus ou moins grosses.

On vide aussi d'abord les intestins par l'administration de laxatifs en lavemens, ou par la bouche; ou bien on provoque une constipation de plusieurs jours au moyen d'une diète rigoureuse ou de préparations opiacées, afin de prévenir le passage des matières stercorale entre les lèvres de la plaie, si elle s'étendait à l'anus et au rectum, et pour empêcher dans tous les cas que les efforts de la défécation ne viennent troubler la réunion.

Enfin, dans le même but, on impose à la femme une immobilité absolue.

Les méthodes conseillées pour favoriser la réunion immédiate sont au nombre de trois, la position, la compression, la suture.

§ Ier. *Position.* Elle doit être telle que les bords de la plaie soient tenus affrontés et dans un contact immédiat, aussi exact et aussi parfait que possible. On rapproche les cuisses, on les maintient, pour plus de sûreté, ainsi rapprochées en les serrant l'une contre l'autre avec une bande ou un mouchoir. On a dit qu'il fallait tenir ces parties dans une demi-flexion sur le bassin. Je pense qu'il convient beaucoup mieux de les laisser dans un état d'extension complète, position dans laquelle les fesses, étant plus rapprochées, diminuent en même temps la largeur de l'espace périnéal.

La position aidée des autres précautions précédemment indiquées, suffit, dans un grand nombre de cas, pour favoriser la réunion immédiate, sinon complète, au moins dans une étendue suffisante pour prévenir les graves inconvéniens qui résultent des déchirures profondes du périnée.

Nous citerons, entre autres faits, celui rapporté par Trainel.

114e Observation. — Réunion immédiate du périnée par la position.

Ayant été consulté pour une déchirure qui s'étendait jusqu'à l'anus, de manière que les lochies et les matières fécales semblaient confondues, Trainel plaça sur la plaie, du côté du vagin, un plumasseau trempé dans du baume de Canada, et l'y assujettit avec une canule d'ivoire, pour l'opposer à l'impulsion de matières excrémentielles. La malade fut couchée sur le côté et tenue à une diète sévère, dans l'intention de produire la constipation. On prévint par des injections l'accumulation des lochies dans le vagin. Le deuxième pansement n'eut lieu que le second jour, et au quatrième jour, on substitua au tuyau d'ivoire un pessaire de forme appropriée. Les pansemens furent ensuite faits tous les jours. La malade n'alla à la garde-robe que le onzième : la guérison était alors complète.

§ 2. *Compression.* Le rapprochement des cuisses, en refoulant l'une contre l'autre les lèvres de la déchirure, produit une sorte de compression; mais je crois que l'on pourrait ajouter avec avantage d'autres moyens plus comprimans, comme le prouve le fait suivant :

115e Observ. Déchirure du périnée s'étendant jusqu'au sphincter de l'anus. Réunion immédiate par la position et la compression.

Chez une dame primipare dont l'accouchement laborieux avait nécessité l'application du forceps, il y eut une déchirure profonde de la fourchette, qui s'étendait dans la direction du raphé périnéal jusqu'à l'anus. Les deux ouvertures n'en formaient plus qu'une seule. Je fis coucher la malade sur le côté, les cuisses demi-fléchies et liées ensemble. J'introduisis dans le vagin un large pessaire en gomme élastique, aplati, ayant une grande ouverture centrale dans laquelle je fixai l'extrémité infundibuliforme d'une forte canule en même matière. Ce pessaire, en remplissant assez exactement le vagin, empêchait la matière des lochies de filtrer entre lui et les parois de ce canal, et par conséquent de venir s'interposer entre les lèvres de la déchirure, d'autant plus que ces fluides trouvaient facilement à s'épancher au dehors, à travers la canule placée au centre du pessaire. Des injections répétées empêchaient d'ailleurs leur séjour. Comme cet instrument était maintenu au-dessus du niveau de la plaie, il ne pouvait empêcher l'affrontement de ses bords: en outre, la compression que ce pessaire exerçait sur le rectum devait contribuer à entretenir la constipation que je voulais obtenir.

J'entourai le bassin d'une ceinture de laquelle partaient en arrière deux bandes (bandage en T à deux chefs), séparées l'une de l'autre de quatre pouces; je ramenai chacun de ces chefs entre les trochanters et les tubérosités ischiatiques, de là dans le pli des cuisses et des aines, et je les fixai enfin en avant, près l'une de l'autre, à la ceinture. Je plaçai deux pelottes allongées en coton entre ces bandes, et le long des parties latérales de la vulve et du périnée déchiré. Je serrai le plus possible ces bandes, surtout par leur bord externe, et avec une aiguille armée d'un fil je réunis ensemble leurs bords internes ou correspondans, de manière à les attirer l'un vers l'autre, à diminuer l'intervalle qui les séparait, et à ramener ainsi l'une contre l'autre les parties inférieures des fesses, et par l'intermède des pelottes allongées, les bords de la plaie et les grandes lèvres. Je conseillai une immobilité complète et prescrivis une diète rigoureuse. La jeune femme se soumit avec une patience et une résignation exemplaires à toutes ces précautions. Le quatrième jour, je renouvelai l'appareil; je l'enlevai entièrement le douzième : la réunion paraissait alors complète et solide. Néanmoins ce ne fut que le dix-huitième que je provoquai les évacuations alvines par l'emploi des lavemens et de l'huile de ricin. Le vingt-cinquième seulement je me décidai à enlever le pessaire, pendant qu'une personne maintenait fortement le périnée. Il existait à la fourchette un écartement peu sensible.

§ 3. *Suture.* Conseillée par Paré et Mauriceau, cette opération a été pratiquée pour la première fois d'une manière authentique par Guillebonneau; mais c'est Lamotte (obs. 405) et Saucerette qui les premiers l'ont faite d'une manière régulière. Plus tard Trainel et Noël l'appliquèrent avec avantage; et depuis ce dernier, qui en fit un précepte thérapeutique, elle a été pratiquée un grand nombre de fois avec des succès variés.

La suture est sans contredit la méthode de traitement la plus efficace pour obtenir la réunion immédiate. Par elle, les bords de la plaie se trouvent exactement accollés de manière à empêcher la filtration et l'interposition contrariante des fluides utéro-vaginaux ou intestinaux. Leurs rapports ne courent pas les risques d'être détruits par quelque mouvement de la femme : mais on lui a reproché avec raison des inconvéniens qui ne sont pas sans gravité. Ainsi, les parties contuses, meurtries par les violences qui ont précédé et provoqué la déchirure, ne présentent souvent que des tissus affaiblis, comme ramollis et qui se déchirent facilement sous la pression des ligatures. Bientôt l'inflammation augmente ou développe cette friabilité; ou bien le gonflement qui en résulte, ne pouvant que difficilement se développer dans l'intervalle des points de suture, détermine des tractions, de l'étranglement, et provoque la déchirure des parties étreintes. Outre donc que l'opération échoue, comme cela est arrivé plusieurs fois entre les mains habiles des Smellie, des Saucerotte, etc., elle aggrave la plaie en ajoutant à son étendue et en portant sur ses bords des altérations destructives qui pourront mettre obstacle à la réunion subséquente, ou la rendre impossible.

Mais ces inconvéniens, on peut les éviter, soit par l'époque à laquelle il convient d'appliquer la suture, soit par le choix du procédé, soit enfin par les précautions à prendre dans son emploi.

§ 1. Règle générale, on ne doit appliquer la suture que quand l'inflammation traumatique et le gonflement des parties lésées ont disparu. On remarquera que cette inflammation et ses résultats offrent dans les cas de déchirures beaucoup plus d'intensité que dans les plaies simples; que la circonstance de l'accouchement donne souvent à cet état pathologique, quels qu'en soient la cause et le siége, une impulsion de développement et un caractère de gravité tout particulier. On doit aussi tenir compte de la présence des matières lochiales qui, abreuvant abondamment les parties dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, peuvent apporter quelque obstacle à la réunion immédiate. J'ajouterai qu'ici la réunion ne peut pas se faire *immédiatement* d'après l'acception rigoureuse du mot. L'attrition de la surface de la plaie, par suite du mode de sa production et des violences qu'ont subies les tissus qui en sont le siége, a dû les altérer profondément et y détruire même la vie. La chute par sphacèle, ou la destruction par suppuration de la surface de la plaie dans une étendue et dans une profondeur variables, deviennent dès lors inévitables : or, la réunion ne peut se faire dans ces points ainsi altérés que quand ils seront nettoyés par le développement consécutif des bourgeons celluleux. Qu'importe, au reste, pour le succès personnel de l'opération, de la pratiquer immédiatement? Les résultats n'en seront pas moins heureux si on ne la fait que quelques jours après l'événement. Il convient donc d'attendre, pour pratiquer la suture, que les premières périodes de l'inflammation soient passées, que le gonflement ait disparu, que la surface de la plaie soit nettoyée, que les bourgeons cicatrisans se soient développés, et alors que les tissus sur lesquels porteront les points de suture, étant revenus à leur état naturel, auront recouvré leur résistance organique normale, plus propre à supporter les aiguilles ou les fils, sans se déchirer sous leur étreinte.

Il semble que dans les déchirures périnéales l'inflammation bourgeonneuse nécessaire à la

réunion se prolonge bien plus long-temps que dans les plaies des autres parties. Et cela se conçoit par le passage continuel de matières irritantes vaginales, utérines, urinaires et intestinales et par les frottemens qu'exercent l'une contre l'autre les surfaces vulnérées dans les mouvemens que fait la malade. On ne doit donc pas s'étonner du succès qu'a obtenu M. Montain de la suture appliquée le trente-deuxième jour après l'accouchement.

116e OBSERV.—Déchirure profonde de la fourchette. Réunion par la suture enchevillée trente-deux jours après l'accouchement.

Une femme éprouve un accouchement laborieux, la rétroversion de l'enfant devient nécessaire. Appelé près d'elle le trente-deuxième jour, M. Montain trouve le vagin rempli et souillé de matières fécales, la fourchette, le périnée, le sphincter et le rectum déchirés de manière à ne faire qu'une vaste et horrible plaie qui comprenait plus d'un pouce de l'intestin et qui confondait les deux conduits. Les bords de cette déchirure étaient rouges et sans commencement de cicatrice; la femme était en proie aux symptômes d'une fièvre en quelque sorte régulière qu'on avait qualifiée successivement de fièvre puerpérale, de fièvre muqueuse et de gastro-entérite; la malade s'était jusqu'alors refusée à laisser examiner l'etat fâcheux de ses parties génitales. M. Montain pratiqua la suture enchevillée de la manière suivante.

Je fis, dit-il, placer la malade sur le bord de son lit comme pour l'opération de la taille ; je saisis de la main droite une forte aiguille courbe armée de deux brins de fil ciré; je l'enfonçai dans un des côtés du périnée, à six lignes du rectum; j'en fis sortir la pointe assez profondément dans la déchirure, à peu près entre le rectum et le vagin, peut-être compris-je un peu ce dernier ; puis, je fis pénétrer la pointe de l'aiguille dans la partie vive de la lèvre opposée, et je la fis sortir dans le périnée à six lignes aussi du bord de la déchirure; je coupai les fils près de l'aiguille; je plaçai sur chaque côté de la plaie, entre les deux brins de fil, une espèce de rouleau de linge de quatre lignes de longueur (rouleau ferme), comme pour faire la suture enchevillée et je serrai successivement en les nouant, les deux brins de fil sur ces petits rouleaux, de manière à rapprocher les deux bords de la déchirure, ce qui se fit dans une étendue considérable. Pour favoriser la sortie des matières, je plaçai deux canules de gomme élastique, l'une dans le rectum, l'autre dans le vagin; ensuite je rapprochai les deux cuisses et les fixai dans cette position par un bandage convenable, et je fis coucher la malade sur le côté ; elle fut mise à l'usage des boissons délayantes et des potions légèrement sédatives. Quelques heures après, le mieux fut remarquable, et le lendemain, tous les symptômes de la prétendue fièvre muqueuse avaient disparu; je fis entretenir beaucoup de propreté autour de la suture, et de temps en temps on faisait des injections par les canules pour favoriser la sortie des matières. Au huitième jour, je coupai la ligature sur la cheville de linge, et j'enlevai ces dernières au dixième jour. Je trouvai la cicatrice du rectum, du vagin et du périnée complète. Nous continuâmes de tenir les cuisses rapprochées pendant un mois; après cette époque, la guérison était entière, et la malade n'éprouva plus aucune espèce d'incommodité.

§ 2. Le procédé opératoire n'est pas non plus indifférent. On a pratiqué la suture entrecoupée, dont les succès ont été balancés par des insuccès. En serrant peu les fils, le contact des bords de la plaie n'est pas assez immédiat, et la réunion n'a pas lieu; en les serrant suffisamment, les chairs comprises dans l'anse circulaire du fil sont exposées à être coupées par celui-ci. On augmente bien l'étendue de la pression au moyen de la suture entortillée, et quelques succès lui avaient fait donner la préférence ; mais ils ne sont pas moins constans; et, entre autres inconvéniens, on a recours à ce procédé, celui de n'agir que sur la surface externe de la plaie, là où les fils comprimentet rapprochent ses bords, tandis que rien ne s'oppose à ce que les bords internes ne s'écartent : il en résulte donc que la réunion n'a lieu qu'entre les bords tégumentaires de la plaie, et dès lors le peu d'épaisseur de la cicatrice l'expose à se rompre de nouveau au moindre effort. Le succès obtenu par M. Montain de Lyon, et ceux plus récens et si nombreux, proclamés par le savant professeur Roux, donnent à la suture enchevillée une suprématie incontestable, et telle qu'il ne sera plus permis maintenant d'avoir recours à d'autres procédés.

Et, en effet, la suture enchevillée offre à elle seule toutes les garanties de la suture en général, et ne présente aucun des inconvéniens ou des dangers attachés à chacun des autres procédés; elle donne la facilité de graduer à volonté et à tout instant le resserrement des fils, elle permet de les relâcher facilement quand le gonflement inflammatoire consécutif le réclame. Ici la compression s'étend également sur toute la longueur des bords de la plaie; il ne peut donc y avoir, comme pour les autres sutures, des intersections exposant à la traction et à la déchirure des chairs embrassées par les points de suture ou les aiguilles ; la cooptation est aussi bien plus exacte ; et remarquez que ce ne sont point les fils qui exercent immédiatement la compression, mais bien les cylindres ; aussi est-il de toute impos-

sibilité que ces fils opèrent la déchirure des chairs qu'ils traversent, quoi qu'il arrive. La réunion est aussi plus exacte, puisqu'elle se fait des parties les plus profondes à la surface; enfin celle-ci étant tout-à-fait libre et à découvert, on peut voir et suivre les progrès de la réunion et de la cicatrisation, reconnaître les circonstances qui viendraient entraver les résultats, et appliquer immédiatement les remèdes convenables.

§ 3. Quel que soit le procédé que l'on adopte, il convient avant tout de s'assurer si les bords de la déchirure sont susceptibles d'être rapprochés complètement; car dans certains cas où il y aurait eu perte de substance, le rapprochement ne pourrait s'obtenir qu'en exerçant une traction extrême, capable de porter atteinte à l'intégrité des tissus, et susceptible ainsi de compromettre le succès de l'opération, ou de la rendre tout-à-fait nulle, quand au but que l'on se propose; mais l'art peut encore venir au secours de cette nouvelle difficulté; on suivrait alors le conseil donné par M. Diffenbach, de pratiquer sur les tégumens, en dehors des bords de la déchirure, et à une distance suffisante, des incisions parallèles ou plutôt elliptiques et assez profondes, pour permettre à ces bords de se déplacer et de pouvoir être rapprochés l'un de l'autre. Ne pourrait-on pas encore, à défaut de suffisance de cette méthode, recourir au déplacement d'une portion de tégumens empruntés aux parties voisines, soit aux lèvres, soit aux faces internes et postérieures des cuisses, appliquant ainsi aux pertes de substance du périnée les opérations plastiques employées avec tant d'avantage à la restauration des parties de la face qui manquent ou qui ont été détruites?

Quant à la quantité des points de suture, ou des aiguilles, ou des fils à appliquer, on a remarqué qu'il suffisait le plus ordinairement d'un très-petit nombre même pour obtenir la réunion de vastes déchirures, ce qui suppose que les parties étaient naturellement dans des conditions favorables à la coaptation. Dans ces cas, en effet, la suture a eu pour but, moins le rapprochement des bords de la plaie, que de les maintenir en rapport invariable; aussi ai-je la conviction que dans le plus grand nombre de ces faits, la position, le rapprochement des cuisses, aidés des autres précautions que j'ai indiquées plus haut, auraient pu suffire, avec moins d'assurance sans doute, pour procurer la réunion. J'en ai pour garant ma propre expérience. J'ai vu un assez grand nombre de déchirures profondes du périnée; quelques unes s'étendaient à l'anus et au rectum, toutes ont guéri par réunion immédiate, sinon complète, au moins suffisante pour rendre nuls ou supportables les inconvéniens consécutifs à ce genre de blessure, et cependant jamais je n'ai eu recours à la suture. Au reste, je n'ai fait que suivre en cela les exemples et les préceptes de Deleurye, Puzos, d'Aitken (*Principle of Midwif*, 1785, p. 174), de M. d'Autrepont (*Bulletin de Férussac*, t. XXII, p. 94), etc. J'ai donc tout lieu de croire que cette marche simple suffirait en général, à moins de perte de substance par gangrène, par suppuration ou par séparation complète de quelque lambeau, si l'on soumettait rigoureusement la femme aux précautions que sa position réclame, et que nous avons signalées. Le gonflement inflammatoire qui s'empare des parties externes de la génération, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, met tout naturellement en contact immédiat les lèvres de la plaie qui les divise, et pour peu que l'on écarte tout ce qui peut déranger cette coaptation, la réunion s'opère; mais voici malheureusement ce qui arrive le plus ordinairement quand l'événement a lieu: on craint le reproche d'avoir *blessé la femme* (reproche si avidement exploité au détriment de la réputation), on lui dissimule sa position; les conseils qu'on lui donne n'étant pas appuyés sur des craintes salutaires qu'on n'ose lui avouer, elle regarde les précautions qu'on lui inflige comme exagérées, elle les néglige. Les accidens qui en résultent, on les attribue d'abord aux suites ordinaires des couches; on se fie aussi sur ce que le temps peut amener leur disparition plus ou moins complète; et, dans le cas contraire, la responsabilité est affaiblie en proportion du temps qui s'est écoulé depuis l'événement. Que de motifs, pour beaucoup, de le céler quand il arrive!

On a constaté que lorsque la déchirure s'étend au sphincter de l'anus et au rectum, il suffisait de coapter la plaie périnéale pour que la réunion s'opérât en même temps à la portion qui s'étendait jusqu'à l'intestin, sans qu'il fût besoin de comprendre celle-ci dans la suture, de même que l'on voit cette opération appliquée aux lèvres seulement, dans le cas de bec de lièvre, ou au voile du palais dans la distaphysie, amener avec la réunion de ces parties celle des os maxillaires ou palatins en même temps divisés.

CHAPITRE II.

RÉUNION MÉDIATE OU SECONDAIRE DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Quand la réunion immédiate n'a pas été tentée ou n'a pas été obtenue, et que les lèvres de la plaie se sont cicatrisées isolément, on peut encore espérer la guérison consécutive de cette infirmité, et avec plus de certitude peut-être que si on l'eût entreprise dans les com-

mencemens. On n'a plus à craindre les fâcheuses influences de l'état puerpéral sur la cicatrisation; on agit sur des tissus sains, revenus à un état organique normal, si favorable à la réunion et à la cicatrisation des plaies; on a pu, ou l'on peut détruire, avant de procéder à l'opération, les mauvaises dispositions organiques ou les états pathologiques susceptibles, ou d'entraver ses succès, ou de la faire manquer complètement. Si donc la méthode de la réunion médiate, que la chirurgie française s'honore à juste titre d'avoir la première conçue et exécutée, a échoué un si grand nombre de fois, que les Nestors de la chirurgie moderne l'avaient pour ainsi dire ou abandonnée ou proscrite, il faut attribuer tous ces échecs, moins à l'opération considérée en elle-même qu'aux procédés qu'on avait employés, ou à la manière dont on les avait appliqués. Rappellerai-je que Guillemeau, à qui revient l'honneur d'avoir le premier tenté cette opération avec succès, avait eu recours à la suture à points entrecoupés, et qu'Osiander (1) n'en obtint pas un moins remarquable avec la suture simple? rappellerai-je que Morlanne (2), Saucerotte de Lunéville, Noël de Reims, et M. Diffenbach ont employé avec non moins d'avantage la suture entortillée ? Depuis, c'est à ce dernier procédé que l'on avait donné avec raison la préférence sur tous ceux précédemment employés. Le profond chirurgien en chef, dont l'Hôtel-Dieu de Paris porte le deuil, l'a pratiqué une fois avec succès; mais il avait échoué entre les mains habiles de M. Dubois père; son fils n'a pas été plus heureux.

Bien que ce procédé ne doive plus figurer maintenant dans la chirurgie obstétricale que comme memento historique, je crois devoir citer le fait publié par Noël.

117e Observ.—Réunion médiate opérée par la suture entortillée.

Au mois d'octobre 1794, une femme de Château Porcien, département des Ardennes, vint à Reims, consulter M. Noël pour une infirmité ancienne, provenant de la déchirure de la fourchette, du périnée, du sphincter, de l'anus et de la cloison rectovaginale; la plaie de cette cloison avait environ un pouce et demi d'étendue. Depuis cet accident, arrivé lors du premier accouchement, cette femme avait mis au monde sept autres enfans sans la moindre difficulté. M. Noël procéda dès le lendemain à l'opération; elle consista à aviver avec beaucoup d'exactitude les bords de la divison dans tous les points, à refaire pour ainsi dire le périnée, au moyen de la suture entortillée, pratiquée à l'aide de deux épingles de laiton placées, l'une près de ce qui allait former la fourchette, et l'autre près de ce qui allait former l'orifice du rectum; on fixa ces épingles, comme cela se pratique ordinairement, avec un cordon de fil ciré, tourné en 8 de chiffre; les cuisses furent tenues rapprochées par un lien, et la liberté du ventre favorisée par des bouillons aux herbes émétisés de temps à autre, et formant à peu près toute la nourriture de la malade. Le sixième jour, l'épingle du côté du vagin fut ôtée, les matières fécales passaient toutes par le rectum. Le dixième jour, cette femme retourna chez elle, conservant encore l'épingle du côté de l'anus. Quinze jours après M. Noël apprit de son mari que la deuxième épingle était tombée, et que toutes les parties de la cicatrice étaient consolidées.

Cette opération n'est pas seulement remarquable par le succès qui a couronné le procédé que M. Noël a employé : on observera surtout que deux points ont suffi pour obtenir la réunion d'une vaste déchirure, et, chose plus notable encore, que la division de la cloison recto-vaginale, qui avait un pouce et demi d'étendue, s'est réunie, bien que la suture ne portât pas sur elle, puisque la seconde des deux seules épingles appliquées était placée seulement *près de ce qui allait former l'orifice du rectum.*

Le même procédé, exactement suivi par M. le professeur Roux, chez la malade qui fait le sujet de sa première observation, a échoué; mais les aiguilles furent toutes retirées, et les fils enlevés dès le sixième jour, tandis que M. Noël n'enleva chez son opérée le pareil jour, que l'épingle placée du côté de la vulve; celle qui correspondait à l'anus, et qui était sans contredit la plus nécessaire, fut laissée, et ne tomba qu'après quinze à vingt jours.

C'est encore à notre chirurgie, c'est au professeur Roux, l'un de ses plus savans et des plus habiles représentans, qu'appartient l'heureuse application de la suture enchevillée à la réunion médiate, ou plutôt secondaire, des déchirures du périnée. M. Montain, de Lyon, l'avait déjà appliquée à la réunion d'une déchirure récente, et il réussit complètement. Les nombreux succès obtenus et publiés par M. le professeur Roux, feront désormais un précepte général de l'emploi et de cette méthode de traitement, et de ce procédé dans les déchirures anciennes du périnée. Il convient également à toute division profonde de cette région qui n'a pas été réunie, quelle que soit d'ailleurs la cause de ce genre de blessure. Qu'on ne pense pas toutefois, dans l'émerveillement des premiers triomphes, que cette opération soit toujours applicable et dans tous les cas efficace; on s'exposerait à en compromettre la réputation future, comme il arrive pour la plupart des

(1) *Gazette médicale*, 1834, page 18.
(2) *Journal des Accouch.*, t. 1, p. 188.

nouveaux traitemens, dont l'abdomen suit d'autant plustôt la proclamation, qu'ils ont été d'abord loués plus exclusivement. Et, en effet, que quelques échecs arrivent, ce sera sur l'opération elle-même qu'on en rejettera le blâme. Tandis que si à côté des faits qui prouvent l'efficacité de la suture enchevillée, dans les cas de destruction du périnée, on fait ressortir les conditions qui en contr'indiquent l'application, et les circonstances susceptibles d'exiger certaines précautions ou d'apporter quelques modifications, on prévient ainsi tout reproche, et l'on fonde plus sûrement la réputation durable de ce mode de traitement.

Le trop grand écartement, par suite d'une perte étendue de substance, suite de gangrène, de dilacération, de suppuration ou d'ulcération, ou résultant de tentatives infructueuses d'opérations faites précédemment, peut mettre un obstacle invincible au rapprochement des bords de la division.

J'ai été consulté, il y a environ dix-huit mois, par une personne d'une trentaine d'années qui, par suite d'un accouchement clandestin, avait éprouvé une déchirure de la fourchette, du périnée et de la marge de l'anus. La nécessité de dissimuler sa mésaventure l'obligea à abandonner beaucoup trop tôt les précautions qu'exigeait sa position. De plus, une affection vénérienne dont elle paraît avoir éprouvé les premières atteintes dans le cours de sa grossesse, et qu'elle avait négligée par ignorance, se manifesta bientôt avec une nouvelle intensité. Quand je l'examinai, il existait un bubon volumineux à la région inguinale gauche, un écoulement roussâtre et sanieux qui provenait d'une vaste ulcération qui s'était emparée des bords de la déchirure et les avait profondément sillonnés. Au moyen d'un traitement approprié, le bubon guérit par résolution, l'ulcération chancreuse se cicatrisa. Mais il en résulta que les bords de la division périnéale présentaient un écartement de près de six lignes, même en plaçant la malade et les parties dans la position la plus favorable au rapprochement. Les bords, en outre, durs, inégaux, paraissaient comme collés aux ischions, de manière qu'il était même impossible de les rapprocher par le déplacement des tégumens voisins. Il est évident que chez cette malheureuse fille la suture serait d'autant plus inapplicable qu'il faudrait encore ajouter à l'écartement déjà trop considérable et ininvincible, par l'obligation de détruire une certaine épaisseur des bords de la division, pour leur donner une surface suffisamment plane, nécessaire à la coaptation. En outre, l'adhérence de ces lèvres aux os rendrait même inutile l'opération préalable, conseillée par M. Diffenbach, savoir, la pratique de deux entailles profondes en dehors de ces parties et parallèlement à elles. On ne pourrait donc, dans ces cas, obtenir la restauration du périnée qu'en en faisant un artificiel aux dépens des tégumens voisins de la fesse et de la cuisse. J'avais parlé de cette périno-plastie à la malade, il y a un an, mais depuis je ne l'ai plus revue.

Mais dans les cas où l'on n'aurait à vaincre que l'écartement, sans adhérence ni altération des bords de ces divisions, on pourrait aider au déplacement de ceux-ci en pratiquant le procédé de M. Diffenbach. Quoiqu'on n'ait pas été obligé d'y recourir dans les faits observés par M. Roux, il ne faudrait pas en inférer que cette précaution ne sera jamais indispensable. Il se pourrait que dans quelques cas l'une des lèvres de la plaie la plus maltraitée ne pût prêter à la distension. Une seule incision pratiquée en dehors de celle-ci pourrait alors suffire.

On doit aussi s'informer si la personne à opérer ne serait pas affectée de quelque diathèse humorale ou virulente, susceptible d'empêcher la réunion des bords de la division; car bien qu'ils présenteraient les conditions locales les plus favorables à la réunion au moment de la pratiquer, ils pourraient se trouver frappés d'ulcérations ou autres altérations qui non seulement y missent obstacle, mais détruiraient tout espoir de l'obtenir un jour. S'il en était ainsi, il serait convenable de n'entreprendre l'opération que quand on aurait combattu et détruit ces contre-indications manifestes. Ainsi, chez la jeune fille dont j'ai rapporté plus haut l'histoire, si on avait pratiqué la suture avant qu'elle eût été débarrassée de l'altération syphilitique à laquelle elle était en proie, l'opération n'aurait-elle pas échoué par suite de l'ulcération qui se serait emparée des bords de la plaie, comme elle s'y est établie plus tard?

L'observation que M. Roux a rapportée sous le n° V dans son Mémoire, prouve aussi qu'il faut tenir compte de l'état général des forces et surtout des dispositions pathologiques, tant du canal intestinal que du canal vaginal. La réunion se fait en général difficilement chez les personnes épuisées par des maladies chroniques, chez celles d'une constitution lymphatique ou à dispositions scrofuleuses. Une entérite chronique avec diarrhée continuelle empêche l'agglutination par le passage continuel des matières, qui peuvent filtrer entre les bords de la plaie non compris dans les fils, et par les mouvemens auxquels oblige le besoin fréquent d'évacuer.

Il est donc nécessaire au succès de l'opération de ne la pratiquer chez les personnes qui présentent quelqu'un de ces états ou d'autres analogues, que quand on aura rappelé les forces chez les unes, détruit les affections morbides existantes chez les autres.

Ne serait-il pas aussi indiqué de choisir un temps opportun pour faire l'opération dans les

grands hôpitaux, quand il y règne quelque maladie épidémique, et principalement lorsque sévit la pourriture d'hopital ? On conçoit toute la portée de cette dernière contre-indication temporaire.

Quand on a décidé l'opération, quelques précautions préalables sont nécessaires. On accoutume la malade quelque temps à l'avance à retenir ses évacuations alvines. On les rend plus rares en prescrivant un régime assez tenu. Avant d'opérer, on vide les gros intestins au moyen de lavemens laxatifs ou de l'ingestion de quelque minoratif.

La malade étant placée comme pour l'opération de la taille, on avive les lèvres de la division périnéale dans toute leur étendue, en enlevant au moyen du bistouri une couche la plus mince possible. Les ciseaux sont préférables ensuite, je pense, pour étendre l'avivement aux bords minces et mobiles de la division de la cloison recto-vaginale.

Pour donner à la réunion une étendue en épaisseur qui en assure la solidité, on devra anticiper un peu sur les parois du vagin, plutôt qu'aux dépens des tégumens, les premières pouvant en général prêter plus facilement à la tension nécessaire, à cause de la plus grande souplesse de leur tissu, ou du développement que permettent les plis que ce canal présente.

Je dois rappeler ici la remarque que j'ai faite, que la cicatrisation dans le sens de la longueur des déchirures du périnée s'opérait aux dépens de la vulve, qui se trouve ainsi tirée en arrière, de sorte que l'espace entre l'anus et l'angle commissural des grandes lèvres, qui dans l'état naturel est d'un pouce et demi environ, n'a plus ici que quelques lignes. Or, si on n'avivait et ne réunissait que les parties périnéales ainsi rétrécies, la vulve conserverait à peu de chose près l'ampleur désagréable qu'elle avait avant l'opération. Force donc est d'anticiper aussi sur les grandes lèvres pour obtenir un périnée suffisamment étendu et une vulve plus sortable. Il paraît que cette précaution a été prise dans tous les cas où on a pratiqué la restauration du périnée, à en juger d'après l'observation que l'on a faite, qu'il en résultait toujours un rétrécissement très-notable de la vulve. Cette remarque nous a paru mériter d'être indiquée d'une manière spéciale.

On place ensuite les ligatures composées de fils doublés sur eux-mêmes, de manière à former anse à une de leurs extrémités. On les conduit au moyen d'aiguilles courbes que l'on introduit de dehors en dedans d'un côté, et de dedans en dehors pour l'autre. Du côté des tégumens, les fils doivent se trouver à quatre ou cinq lignes environ des bords de la plaie. La ligature doit anticiper profondément quelque peu sur les parois du vagin, afin d'obtenir là une cooptation bien exacte. Deux morceaux de bougies de gomme élastique d'une ligne et demie à deux lignes de diamètre sont placés, l'un dans les anses que les ligatures doublées forment d'un côté, et l'autre du côté opposé, entre les chefs isolés de toutes ces ligatures. On noue ceux-ci d'abord par un nœud simple, puis un nœud bouclé : on serre suffisamment, pour que les bords de la plaie se pressent un peu fortement l'un contre l'autre.

Comme la pression a lieu principalement sur les parties que traversent les ligatures, et par conséquent plus vers les bords vaginaux de la plaie que du côté des tégumens, il en résulte que ceux-ci peuvent nêtre pas complètement en contact. Ils tendent même à être repoussés et comme renversés en dehors par l'effet du redressement qu'éprouvent les fils, en proportion de leur degré de tension. Pour obvier à cet inconvénient, on prend la précaution dont M. Roux a usé, d'engager des ligatures minces autour des fils de la suture, au dessous des cylindres, ligatures que l'on serre au degré juste suffisant pour rapprocher les bords tégumentaires de la division.

Si après cela on s'apercevait que les tissus fussent trop fortement tendus, de manière à faire craindre ou leur déchirement, ou qu'il survînt des accidens inflammatoires trop intenses ou des phénomènes nerveux ou autres capables de compromettre le succès de l'opération, il faudrait alors recourir au procédé de M. Diffenbach, en pratiquant au dehors, à quelques lignes de la suture, des entailles parallèles aux lèvres de la division.

La plaie est ensuite recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat: on la recouvre d'un plumasseau moëlleux de charpie. Ne serait-il pas convenable d'exercer une légère compression au moyen d'un bandage en T. afin d'assurer la solidité et l'immobilité de la suture et des parties?

Les cuisses sont maintenues rapprochées à l'aide d'une cravate, ou de tout autre lien, afin de prévenir leur écartement involontaire pendant le sommeil.

Survient-il un gonflement inflammatoire trop considérable et menaçant ? on relâche les ligatures en même temps que l'on emploie quelques moyens antiphlogistiques. On place une sonde chaque fois que le besoin d'uriner se manifeste. On suspend la défécation jusqu'à ce que la réunion soit parfaite et suffisamment consolidée. Pour cela on engage la malade à se retenir; on la soumet à la diète plus ou moins sévère, ou mieux encore on provoque la constipation par l'administration de l'opium.

A quelle époque convient-il d'enlever les fils? En général, la réunion paraît être accomplie

du sixième au septième jour, et l'on peut dès lors retirer les fils. Mais nous croyons que, pour plus de sûreté, il conviendrait de les laisser quelques jours de plus, d'autant plus qu'il ne peut en résulter aucun inconvénient notable. Nous conseillerions aussi de ne pas ôter tous les points ensemble, et de commencer principalement par ceux qui correspondent à la vulve. On remettrait à quelques jours l'extraction de ceux qui avoisinent l'anus. Ce précepte me paraît devoir être fondé sur ce que c'est cette partie qui se trouve la plus soumise aux tiraillemens résultant des efforts de la défécation et du passage des matières stercorales, et par conséquent la plus exposée à la destruction des adhérences récentes et encore peu solides des bords de la division.

Il arrive que quand la déchirure s'étend à la cloison recto-vaginale, la réunion dans cette dernière partie peut n'être pas complète, alors qu'elle est assurée dans la région périnéale. Mais on a observé que l'ouverture fistuleuse qui en résulte se rétrécissait graduellement et qu'elle finissait par se fermer spontanément en moins de quelques semaines. C'est ce que prouve le fait que nous avons rapporté d'après Noël, et celui qui forme le sujet de la seconde observation publiée par M. Roux.

La constipation provoquée et prolongée donne lieu à l'endurcissement des matières stercorales et à leur agglomération en masses plus ou moins considérables. Leur passage forcé et difficile dans cet état, à travers l'anus lui-même rétréci par suite de l'opération, ainsi que les efforts d'excrétion auxquels la femme devrait se livrer, pourraient provoquer la déchirure de la cicatrice encore tendre. Il est donc urgent de diviser ces matières par l'emploi de lavemens simples ou laxatifs, et d'aider à leur expulsion, soit en administrant quelques minoratifs, soit en les pressant de haut en bas à travers la cloison recto-vaginale, au moyen d'un ou deux doigts introduits par la vulve dans le vagin, ainsi que l'a pratiqué M. Roux chez la femme de sa première observation.

TABLE

DES MATIÈRES.

FIN.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR L'ORIGINE, LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DE

LA MOLE VÉSICULAIRE

OU

GROSSESSE HYDATIQUE;

Par M. Veuve Boivin,

Maîtresse Sage-Femme, Surveillante en chef de la Maison royale de Santé de Paris; gratifiée de la Médaille d'or du Mérite civil de Prusse; Auteur de plusieurs Ouvrages; Inventeur de divers instrumens relatifs aux Accouchemens et aux Maladies particulières aux femmes.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR L'ORIGINE, LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DE

LA MOLE VÉSICULAIRE

OU

GROSSESSE HYDATIQUE.

---

§ Ier.

Origine de la Môle vésiculaire.

On désigne, sous les différens noms de môle vésiculaire, de faux-germes, d'acéphalocystes en grappes, une masse informe composée de petites vessies pleines d'eau, qui prend naissance et se développe dans l'utérus, d'où lui était venu originairement le nom de *môle hydatique* ou *masse aqueuse*.

On sait que la forme globuleuse se présente dans toutes les trames aréolaires, dans tous les tissus parenchymateux de l'économie animale à l'état sain, ainsi que dans la plupart des végétaux. Mais cette disposition globulo-vésiculeuse naturelle est singulièrement remarquable sur les ovaires de la femme nubile. Quinze ou vingt jours après avoir été fécondé, l'ovule humain n'est encore qu'une agglomération de vésicules vivantes. C'est après avoir subi diverses métamorphoses successives, que l'ovule fécondé apparaît sous la forme qu'il doit conserver par la suite, à moins que quelques accidens ne viennent troubler ou intervertir l'ordre de son développement, et donner lieu à ces productions singulières qui vont nous occuper.

Avant que le célèbre professeur *Percy* eût publié son *Mémoire sur le Part hydatique ;* avant qu'il eût donné l'assurance d'avoir vu *remuer, s'agiter* les vésicules qui composent cette espèce de môle (1), personne, que nous sachions, n'avait songé à les ranger parmi les vers *tænia hydatigena*, dont M. *Laennec* a fait depuis un genre particulier, désigné sous le nom d'*Acéphalocystes*. Cet auteur les a caractérisés comme *des vers vésiculaires, sans fibres apparentes, sans suçoirs visibles, dépourvus de corps et de tête.* Ce genre fut encore sous-divisé en quatre ou cinq espèces : de ce nombre est l'espèce utérine, qui a reçu de M. *Hipp. Cloquet* le nom d'*Acephalocistis racemosa* (2).

Les anciens avaient, sur la nature de la môle vésiculaire, une tout autre opinion. Nous ne ferons point mention de ceux qui regardaient ces corps comme des œufs clairs non fécondés (3), opinion qui donnait lieu à ces contes ridicules de femmes qui avaient engendré et rejeté des milliers d'œufs, et d'autres auxquelles on avait *arraché la grappe* lorsqu'une main secourable était venue les aider à se débarrasser de ces vésicules. Nous garderons également le silence sur ceux qui attribuaient l'origine de ces grappes à l'inflammation d'une membrane muqueuse qui n'existe point dans la cavité de l'utérus; à une phlegmasie du tissu cellulaire de la face interne de cet organe ou de ses glandes. Nous aurions également laissé dans l'oubli l'opinion du savant *Litre* (4) sur l'objet en question, si de nos jours M. *Percy* ne l'eût reproduite (5) lorsqu'il attribue l'origine de la môle vésiculaire à ces petits corps glandiformes si bien décrits

(1) Voyez le Mémoire inséré dans le *Journal de Méd., Chir. et Pharm.*, de septembre 1811.

(2) *Faune des Médecins*, n° 1. Voir aussi à la fin de notre Mémoire la note n° 1.

(3) *De Graaf. de Mulier. Organ.*, cap. XII.

(4) *Histoire de l'Académie des Sciences.*

(5) Voir le Journal déjà cité.

par *Morgagni* (1), et que l'on rencontre dans le col de l'utérus, chez les filles comme chez les femmes : disposition anormale du col de ce viscère que nous avons signalée ailleurs, et qui était désignée auparavant sous le nom d'œufs de Naboth : toutes ces erreurs sont aujourd'hui trop bien reconnues, pour qu,il soit besoin de s'y arrêter.

Mais d'habiles observateurs, des anatomistes célèbres, *Ruysch* (2), *Albinus* (3), *Haller* (4), *Grasuis* (5), *Wrisberg* (6), donnaient pour origine à la môle en grappe la dégénérescence du produit de la conception ; ils considéraient ces bulles aqueuses comme le résultat de la maladie de l'œuf humain ; d'autres l'attribuaient au renflement des vaisseaux lymphatiques (7) ; à la dilatation des vaisseaux sanguins (8). Plusieurs d'entre eux avaient remarqué dette disposition dans les villosités du placenta, et en avaient même donné la figure (9).

Valisnieri, cité partout à propos de môle vésiculaire, qui a publié le Mémoire le plus savant, le plus instructif, même encore aujourd'hui, sur ces sortes de productions, *Valisnieri* dit avoir vu dans les expériences microscopiques qu'il a répétées d'après *Blancardi*, que les vaisseaux lymphatiques qui se trouvent dans le placenta, dans le chorion, dans l'amnios et dans le cordon ombilical, ont, par une disposition naturelle, un certain nombre de globulés ou petites vessies qui se développent, se gonflent à l'intérieur de ces vaisseaux lymphatiques ; que ces mêmes vaisseaux se sous-divisent en un grand nombre de ramuscules déliés qui se terminent chacun par une petite vésicule (10).

La présence des lymphatiques dans les annexes du fœtus étant, à cette époque comme aujourd'hui, un objet de doute pour un certain nombre, l'auteur italien ajoute à ce que nous venons de rapporter plus haut, que cette disposition globulo-lymphatique avait été reconnue par d'habiles observateurs comme un appareil destiné à la nutrition du fœtus ; que la nature et l'arrangement des élémens qui composent cet appareil ne sont bien appréciables que dans le cas de la maladie en question, ainsi qu'il arrive en beaucoup de cas d'affection du système lymphatique chez l'adulte.

Plus récemment les travaux du docteur *Velpeau* sur l'Embryogénie ont répandu un nouveau jour sur les faits observés par ses prédécesseurs, et sont venus fortifier l'opinion que nous avons conçue d'après des observations qui nous sont propres, sur la nature de la môle vésiculaire. Nous emprunterons à M. le professeur *Désormeaux*, ce qu'il dit à l'occasion des faits observés par le jeune auteur cité.

« Le docteur *Velpeau* a vu sur des œufs d'un » mois à six semaines, soit à l'œil nu, soit armé » d'une loupe, que l'extrémité d'une infinité » de ramuscules présente un renflement subit, » arrondi ou ovale, qui offre l'apparence d'une » vésicule ; que ces renflemens existent aussi » en grand nombre sur la continuité de ces » ramuscules ; de sorte que ces rameaux vas- » culaires présentent l'aspect d'une grappe de » groseilles, ou, pour mieux dire, d'une » grappe de ces vésicules dont l'ensemble com- » pose la môle hydatique. L'examen de ces » pièces, continue le même professeur, fait na- » turellement naître l'idée que la môle hydati- » que n'est que le produit de cette disposition » naturelle ou morbide portée au plus haut » degré de développement » (11).

On voit que ces observations toutes récentes s'accordent parfaitement avec celles que l'on avait faites il y a plus d'un siècle. D'autres faits bien observés démontrent que les radicules du placenta ne sont pas exclusivement le siége de ces corps vésiculaires ; qu'ils se développent aussi sur les *membranes de l'œuf*.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Malpighi et *Valeriola* rapportent avoir vu non seulement le placenta, mais l'*amnios* et le chorion hérissés de vésicules semblables à des œufs de poissons. *Membranaceum globum totum aquosis bullis instar ovorum piscium, membrana quidem tenuis* (pour l'amnios), *sed robustum tamen ac firma erat tota in se conglobata et innumeris bullis referta atque protuberans.* (Valisnieri, *loco citato*).

DEUXIÈME OBSERVATION.

Dans le cas qu'il rapporte, *Wrisberg*, a remarqué que l'œuf humain de quatre mois qui avait été expulsé dans toute son intégrité, présentait d'innombrables vésicules ; mais la plus grande partie occupait l'œuf, c'est-à-dire la partie membraneuse, et l'autre le placenta (12).

(1) *Adversi Annotatum*, § 32.
(2) *Fascic. VI*, page 32 du 1er vol., édit. de 1732.
(3) *Anat. Acad.*, Lib. I, Tab. III, fig. 1, page 69.
(4) *Opusc. pathol.* Obs. 48.
(5) *De Natura et Origine hydatitum Disquisitio*, p. 35.
(6) *Novum Comment. Gotting.*, tome IV, p. 73.
(7) *Sommæring.*
(8) *Bartholin* et *Muller.*
(9) Voir à la fin la note nº II.

(10) *Storia del Parto vesicolare. Opere di Valisnieri*, deuxième volume in-4º, *Ediz. di Padova*, 1710. Ce Mémoire contient trente-sept observations sur les hydatides des diverses parties du corps, dont douze cas particuliers de vésicules de l'utérus. Nous y avons puisé quelques notes que l'on trouvera dans le cours de notre travail.
(11) *Nouv. Dictionn. de Médecine*, tome XV, art. *OEuf*, signé DÉSORMEAUX.
(12) *Novum Comment. Gotting*, tome IV, page 73.

TROISIÈME OBSERVATION.

A la suite de son Mémoire sur la môle vésiculaire, le docteur *Leray*, de Nantes (2), fait des remarques qui rappellent les observations et les expériences de *Valisnieri*. M. *Leray* dit avoir vu tout autour de l'œuf, à une époque peu avancée de la grossesse, une enveloppe d'un tissu composé de filamens qui, *partant du chorion,* se prolongent plus ou moins loin en se sous-divisiant à la manière des végétaux, avec cette différence que les dernières ramifications ne deviennent pas capillaires, mais restent *obtuses et tronquées.*

QUATRIÈME OBSERVATION.

Une jeune dame qui avait eu de petites pertes de sang très fréquentes dans le cours de sa première grossesse, qui cependant se termina heureusement et à terme, rendit un placenta dont la face utérine était parsemée de concrétions pierreuses. Sur deux points peu distans du limbe de cette masse, nous remarquâmes un peloton de vésicules blanches, transparentes, à pédicules courts: elles s'étaient développées à la face utérine du chorion.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Deux ans plus tard, la même dame eut un avortement sans cause connue, après une suppression d'environ deux époques, qui fut accompagnée d'une perte assez considérable. La coque de l'œuf, qui s'était ouverte, laissa voir à l'intérieur une douzaine de vésicules groupées autour d'un filet qui nous parut être un débris du cordon ombilical. Il n'y avait point d'embryon.

SIXIÈME OBSERVATION.

Nous avons recueilli, quelque temps après, un œuf humain de deux mois et demi à trois mois, provenant d'une jeune dame de dix-neuf ans. C'est depuis vingt mois le quatrième avortement qu'elle fait à pareille époque. Cette production, que nous conservons dans l'alcohol, est du volume d'un œuf de cygne. Cet œuf est recouvert en partie d'un lambeau de la décidua; il est entouré de toutes parts du chorion, qui présente une ligne d'épaisseur. La surface extérieure de cette dernière membrane lisse n'offre aucune trace du placenta, aucune apparence de vaisseaux. Les villosités vasculaires de l'amnios n'avaient point encore pénétré le tissu du chorion: on séparait facilement cette dernière membrane de celle qu'elle renferme. Cette coque humaine est encore remplie d'un fluide rosé dans lequel flotte un embryon d'environ douze à quinze lignes de longueur, autant qu'on en peut juger à travers la membrane qui l'enveloppe.

C'est à la face extérieure de l'amnios que se présentent les villosités sous forme de petites houppes, de filamens courts et touffus mais très déliés, semblables, pour la disposition, la légèreté, la blancheur, au duvet de cygne: c'est à l'extrémité et sur le trajet de ces filamens, que se font remarquer ces petits corps blancs glandiformes qui présentaient, en infiniment petit, la *figure de la môle vésiculaire.*

Le chorion, par sa face amniotique, est couvert d'un semis de vésicules très rapprochées les unes des autres; elles sont du volume de très petites têtes d'épingles ou de semences de pavots.

Les membranes de l'œuf peuvent donc être le siége de la maladie en question, comme elles le sont de plusieurs autres affections encore, telles que l'hydropisie de l'amnios, les adhérences que ces membranes contractent parfois avec l'utérus ou avec quelques points de la surface de l'embryon.

§. II.

De la nature de la Môle vésiculaire.

Ce qui nous porterait à croire que cette disposition vésiculeuse des villosités de l'amnios est plutôt l'effet d'une maladie de la membrane qu'une disposition naturelle, c'est qu'on ne la rencontre pas toujours. Nous avons examiné un certain nombre d'œufs de divers termes, et nous ne l'avons observée bien distinctement qu'une fois ou deux. Pour en mieux juger, il faudrait avoir l'occasion d'examiner la texture de l'œuf encore enfermé dans l'utérus; mais comme tous les œufs qui firent l'objet de l'attention des observateurs, n'étaient que le produit d'un avortement, le plus souvent occassioné sans cause extérieure connue, il est fort à présumer que la maladie de l'œuf détermine la plupart de ces accidens.

Considérant l'amnios comme une membrane séreuse, analogue, pour ses fonctions, aux membranes séreuses qui tapissent l'intérieur des cavités céphaliques, thoraciques et abdominales, cette membrane fœtale peut, en quelques circonstances, revêtir la même forme de maladie, le même caractère extérieur que présentent les membranes avec lesquelles nous lui trouvons de l'analogie. Aussi les *hydatides en grappes* ne sont-elles pas, comme on le croit, en en faisant une espèce à part, exclusivement affectées à l'utérus, c'est-à-dire aux membranes fœtales. On les voit se développer également sur les membranes séreuses qui recouvrent les viscères contenus dans le crâne, dans la poitrine et dans l'abdomen. C'est ce que nous allons essayer de prouver par les faits suivans.

(1) *Nouveau Journal de méd.*, mai 1822.

Sur les hydatides en grappes des membranes séreuses.

Klein vit à la place du cerveau une collection d'hydatides divisées en grappes, adhérentes entre elles à la dure-mère; les plus petites égalaient à peine la grosseur d'une tête d'épingle, et les plus grosses celle d'une aveline (1).

DEUXIÈME OBSERVATION.

Wepfer a observé sur un enfant né sans cerveau, des *vésicules en grappes. Tota enim moles vesicularum quarum nonnullæ tenuissimis fibrilles coherebant* (2).

TROISIÈME OBSERVATION.

Bremser cite *Brera* pour avoir donné trois exemples d'hydatides en grappes trouvées ailleurs que dans l'utérus (3).

QUATRIÈME OBSERVATION.

Demailly, de l'ancienne faculté de Reims, a vu des hydatides en grappes ayant la forme des œufs de gallinacées suspendues au foie d'une dame (4).

CINQUIÈME OBSERVATION.

Guibert, chirurgien de Caen, trouva dans un ovaire plus de mille hydatides de différentes grosseurs entassées les unes sur les autres comme *des grappes de raisin* (5).

Les végétations globulo-rameuses ne sont, selon *John Baron*, que des hydatides en grappes que l'on rencontre souvent à la surface des viscères, et particulièrement de ceux de l'abdomen (6).

Nous avons déjà dit ailleurs avoir remarqué de ces vésicules en grappes aux bords libres des poumons (7), du foie et souvent aussi de petites franges granulées suspendues aux ovaires, aux appendices du pavillon des trompes utérines.

On observe également cette disposition vésiculeuse chez les animaux.

SIXIÈME OBSERVATION.

Vallent. Willius dit positivement avoir rencontré dans un lèvre des hydatides en grappes; elles tenaient à la membrane du foie par une manière de pédicule. Plus de *dix de ces grappes* étaient adhérentes au foie, les unes par de petits cordons, les autres par des vésicules: le mésentère était également chargé de ces grappes hydatiques qui étaient encore plus adhérentes à l'intestin colon. Les grains étaient transparens et brillans comme du cristal; ils étaient de différens volumes. Ces hydatides, se demande l'auteur, ne sont-elles pas des vaisseaux lymphatiques obstrués, ou sont-elles le résultat de l'obstruction des vaisseaux lymphatiques? (8)

Nous pourrions ajouter beaucoup d'autres exemples à ceux que nous venons de rapporter; mais ils suffisent sans doute pour prouver:

1°. Que l'utérus n'est pas l'unique lieu où se développent les vésicules en grappes;

2°. Que ces vésicules sont le résultat d'une affection de la membrane séreuse sur laquelle on les rencontre;

3°. Qu'en admettant que les vaisseaux lymphatiques sont susceptibles d'une dilatation, d'un renflement assez considérable pour s'isoler tout-à-fait du tissu qui les contient, *ces vaisseaux, auparavant inaperçus, se présenteront sous la forme rameuse partout où ils pourront se développer en liberté;*

4° Enfin que la maladie des membranes fœtales se présentant sous la forme *rameuse*, n'offre de différence avec les vésicules en grappes des autres cavités, qu'un volume plus considérable, une coloration rosée plus vive, à cause du nombre, du calibre et de la nature des vaisseaux de l'organe qui les renferme et de l'extension dont ce même organe est susceptible (9).

Nous n'ignorons pas que ceux qui considèrent cette production comme un amas de vésicules animales, nient la communication des vésicules entre elles; mais d'autres aussi, qui ont injecté ou insufflé ces globules membraneux, y ont reconnu une disposition vasculeuse (10).

Si l'on compare le tissu des vésicules avec celui des membranes d'un embryon de trois à quatre mois, on le trouvera, dans l'un comme dans l'autre, composé d'une double membrane,

(1) *Nouv. Dictionn. de Méd.*, t. XI, page 248, art. signé BRECHET.

(2) *Valisnieri* déjà cité.

(3) Édition de *Blainville*, page 319.

(4) *Collection académique*, ann. 1698, pages 32 et 33.

(5) Ancien Journal de *Vandermonde*, janvier 1757.

(6) Voyez notre traduct. de l'anglais sur les maladies tuberculeuses, etc., 1825.

(7) M. *Billard*, élève distingué de la Maison royale de Santé, nous dit avoir également rencontré de ces vésicules en grappes au bord des poumons d'un adulte: que chez une dame qui avait rendu des hydatides, on découvrit dans une tumeur du foie des vésicules en grappes.

(8) *Actes de Copenhague*, observation 76, ann. 1674 et 1675.—Collect. acad., tom. VII.

(9) La différence que présentent les vésicules est relative au lieu où elles se sont développées, et à l'époque où elles se sont manifestées. *Che apparir possono di condizione diversa, conforme a diversi luoghi, o a diversi tempi, ne' quali si sono generate o manifestate. Proposiz.* 13, page 124, 2e vol. VALISNIERI, *Intorno le vesiche del corpo de' viventi.*

(10) Voir à la fin la note n° III.

l'une fine à l'intérieur; l'autre, extérieure, plus épaisse, et d'un tissu plus serré.

Une masse d'hydatides plongée dans l'alcohol en même temps qu'un œuf humain de quatre mois et demi, a présenté les mêmes phénomènes; les coques hydatiques se sont épaissies, ridées; elles ont diminué de volume. Le liquide qu'elles contenaient dans les unes, s'est coagulé. Il en a été de même à l'égard de l'œuf; les membranes se sont épaissies, ridées. Le fluide qu'elle contient a diminué de volume; il a acquis plus de consistance, autant qu'on en peut juger à travers les membranes qui sont restées intactes.

§. III.

Sur la membrane de la Môle vésiculaire.

Une nouvelle preuve, selon que la môle vésiculaire est le produit d'un commerce sexuel et le résultat d'une dégénérescence ou d'un développement *anormal* des annexes de l'embryon, c'est que cette espèce de môle est constamment enveloppée d'une membrane dont le tissu rouge, mou, spongieux, est tout-à-fait analogue à celui de l'épichorion ou décidua (1).

Quelquefois la masse globuleuse a été expulsée dans toute son intégrité; elle était revêtue de toutes parts de cette membrane spongieuse qui formait un sac sans ouverture, dans lequel étaient renfermées les hydatides.

La môle vésiculaire se comporte, à l'égard de la membrane qui la contient, comme les membranes fœtales à l'égard de la décidua. Cette dernière membrane est, dans l'un et l'autre cas, le moyen de connexion, de communication entre les corps qu'elle renferme, et la matrice à laquelle elle est adhérente.

Si la décidua ne sort pas toujours en même temps ou immédiatement après la masse vésiculaire, c'est que, comme dans la grossesse fœtale, elle reste adhérente en partie à la face interne de l'utérus; mais bientôt elle est décollée et expulsée par les contractions utérines, ou bien elle se putréfie, s'exfolie et se trouve entraînée avec les fluides qui s'écoulent à la suite de cette espèce de part, comme on l'observe dans les suites de couches naturelles.

Il existe bien certainement une membrane entre la face interne de l'utérus et la masse hydatoïde. M. le naturaliste *Blainville*, qui doutait de cette disposition, dit (appendice de *Bremser*): *Quant aux hydatides en grappe de l'utérus, s'il n'y avait point de continuité de substance avec les parois de cet organe, s'il y avait seulement adhérence, on pourrait croire que ce serait le germe ou le fœtus lui-même qui se serait développé en hydatides simples.*

(1) Voir à la fin la note n° IV.

L'existence d'une membrane intermédiaire ne saurait être maintenant l'objet d'un doute. Si l'on pouvait conserver encore quelque incertitude sur la nature de la maladie qui nous occupe, on n'aurait qu'à se rappeler combien nous avons de cas d'hydatides en grappes compliquées de grossesses fœtales ou accompagnées de débris de fœtus. On en trouve des figures fort bien faites dans les recueils scientifiques où il est question d'hydatides utérines. (Voir à la fin la note n° V.)

§ IV.

Causes de la différence extérieure que présentent les môles.

Il semblerait donc que les différens caractères physiques que présentent les môles, dépendent de la partie élémentaire de l'œuf primitivement affectée. Ainsi, la *môle rouge, charnue, vasculeuse,* serait le résultat de la dégénérescence ou du développement anormal du système sanguin de l'embryon, ou de celui des annexes qui aurait été frappé de maladie.

2°. La *môle blanche*, *hydatoïde* ou *vésiculaire,* serait occasionée par une lésion de la coque membraneuse de l'œuf avant le développement du système sanguifère; car il faut bien remarquer que rarement on voit la môle hidatique accompagnée de vaisseaux sanguins: ce qui faissait croire à *Valisnieri* que la natrition des vésicules s'opérait par *irroration* ou *irrigation*, ou bien encore par l'absorption de l'humidité, comme les œufs de serpent.

3°. La *môle complexe*, charnue et vésiculaire serait le produit de la maladie simultanée des deux systèmes vasculaires de l'œuf, et le résultat de leur développement désordonné.

4°. Enfin la *môle embryonnée*, composée d'un embryon et d'une môle, serait le résultat de la destruction d'un ou de plusieurs germes dont l'un serait entièrement dégénéré, et l'autre d'une manière incomplète,

Quant aux *fausses môles*, simples produits d'une concrétion du fluide menstruel, affectant un tissu tantôt membraniforme, tantôt fibro-membraneux, on sait, quel que soit le volume de ces corps inorganiques, qu'ils prennent naissance et se développent dans l'utérus à la suite d'une irritation de cet organe, avec comme en l'absence du commerce conjugal. Aussi, sont-ce les seules productions que l'on rencontre chez les filles et chez les femmes vivant dans l'état de chasteté, et dont il est fait mention chez différens auteurs. Ce sont ces fausses môles qui ont séjourné pendant plusieurs années dans l'utérus, et qui se présentent à son orifice sous forme polypeuse, et quelquefois d'un volume considérable. Tantôt le tissu de ces tumeurs est lardacé, d'autres

fois celluleux; d'autres fois encore la tumeur est creuse, ses parois ont plusieurs lignes d'épaisseur, et renferment une humeur sanguinolente ou puriforme ; mais ces sortes de tumeurs que nous avons observées ne sont *point pédiculées :* elles ne sont adhérentes à la face interne de l'utérus qu'au moyen d'un réseau lamineux très mince. On sait aussi que la plupart des anciens écrivains rangeaient les *polypes, les tumeurs fibreuses,* les cancers, les *squirrhes de l'utérus,* au nombre des *fausses môles.*

§ V.

Examen des faits rapportés par M. Percy.

Les faits que nous venons d'exposer ne s'accordent nullement avec l'observation de M. *Percy,* qui disait avoir vu *remuer*, *s'agiter*, et même *s'élancer* les vésicules utérines. Dans plus de cent cinquante exemples qui se sont offerts à nos recherches, nous n'avons vu nulle part qu'il fût mention de la vitalité de ces corps. Parmi les naturalistes qui occupent les sommités de la science, les uns doutent de la propriété contractile de ces globules, et le plus grand nombre lui refusent entièrement cette propriété.

Mais en accordant que la contraction de ces vésicules utérines ait été bien constatée, ne pourraient-elles pas, ces vésicules, participer en un certain degré de la contractilité du tissu auquel elles étaient adhérentes, et d'où elles tiraient leur subsistance ?

Quoi qu'il en soit, le seul cas de môle vésiculaire chez une *fille* de vingt-six ans, *ce cas unique,* observé par le professeur *Percy,* nous paraît exposé avec une confiance qui peut faire honneur à la générosité du chirurgien célèbre qui l'a publié; mais examiné de près, il ne porte point dans l'esprit la conviction que voulait y faire pénétrer celui qui nous l'a fait connaître.

En effet, il nous paraîtra toujours très-difficile de déterminer d'une manière absolue l'état de virginité d'une fille, cloîtrée ou non, chez laquelle s'est développé l'utérus comme dans une grossesse *fœtale de neuf mois.* Ne sait-on pas, quelle que soit d'ailleurs la cause du développement de la matrice, que les sécrétions deviennent beaucoup plus abondantes dans toutes les parties qui dépendent de cet organe? C'est surtout dans la grossesse vésiculaire, où la nature avait fait tous les frais pour le développement d'un fœtus, grossesse ordinairement accompagnée de petites pertes sanguines ou séreuses (comme l'a fait remarquer lui-même M. *Percy*), que la vulve, le vagin, constamment abreuvés de ces fluides, se présentent à l'exploration dans un état de relâchement considérable. Une telle disposition des parties déposerait bien plutôt contre la chasteté du sujet qu'en sa faveur, quelles qu'aient été les circonstances *antécédentes.* Il est vrai que de semblables cas imposent aux gens de l'art l'obligation de ne prononcer qu'avec beaucoup de réserve lorsqu'il s'agit de sauver l'honneur et d'assurer le repos des familles ; mais lorsqu'on a payé sa dette à l'humanité, on n'est point quitte envers la science, envers le public médecin, à qui l'on doit l'exacte vérité dans la communication des faits qui peuvent l'intéresser.

La question sur la nature des vésicules utérines nous paraît à peu près résolue par les observations et les travaux des savans que nous venons de citer, et auxquels nous sommes venus ajouter quelques faits nouvellement recueillis et quelques réflexions nées du sujet. Au moins nous paraît-il évident que ces vésicules ne sont point des êtres animés; que les plus célèbres naturalistes, les gens de l'art qui ont eu l'occasion de suivre avec attention le travail du part hydatique et d'en examiner le produit, tous s'accordent à lui refuser les caractères d'animalité.

Un de nos écrivains les plus consciencieux, qui généralement ne s'appuie que sur des faits positifs, le professeur *Désormeaux,* a prouvé, dans son beau travail sur l'œuf humain, *que les acéphalocystes n'étaient pour rien dans la formation de la môle vésiculaire.* En terminant son excellent article, ce savant professeur exprime le regret de ne pouvoir expliquer pourquoi certaines femmes n'ont pu produire que des môles.

§ VI.

Pourquoi certaines femmes mariées n'ont-elles pu produire que des môles ?

Nous ne nous flattons certainement pas de résoudre cette question; mais peut-être pourrions-nous mettre sur la voie, en rappelant ici ce que nous avons dit sur les causes de la maladie de l'œuf humain, dans le Mémoire placé à la suite de notre traduction de l'anglais sur les maladies hydatideuses, tuberculeuses, etc.

Nous disions avoir remarqué, chez de jeunes filles intactes, chez plusieurs femmes mortes enceintes, chez d'autres récemment accouchées, les *ovaires remplis de vésicules hydatideuses.* Chez ces dernières, nous avons vu un des ovaires du volume du poing; chez l'autre, de la grosseur d'une tête d'enfant; chez une autre, ces deux ovaires étaient squirrheux, quoiqu'elle fût enceinte de sept mois. Nous disions, plus loin, que si l'ovule malade était encore susceptible d'être fécondé, il pouvait se développer simultanément avec la maladie dont il était frappé, avec cette différence que si *c'est dans les annexes de l'embryon que réside la*

maladie, c'est-à-dire dans les membranes de l'œuf, le plus souvent l'avortement aura lieu ; que si, au contraire, la circulation, les sécrétions s'exercent librement des annexes à l'embryon, si c'est chez l'embryon lui-même qu'existe la maladie, il pourra compléter sa vie utérine, apportant avec lui, en naissant, des tubercules, des hydatides, quelques vices de conformation, etc.

Une disposition morbide de l'ovaire peut durer inaperçue pendant tout le temps que la femme est apte à concevoir, et le coït fécondant n'avoir pour résultat que le développement d'un corps informe ou analogue au produit qui fait le sujet de ce Mémoire.

Indépendamment de toutes les autres causes propres à déterminer l'avortement, l'ovule fécondé, quoique jouissant de toutes les propriétés favorables au développement de sa vie utérine, ne peut-il pas rencontrer, en arrivant dans le lieu de son incubation, une disposition fâcheuse de la part de la matrice ? Que cette disposition soit occasionée ou par la nature ou par la quantité des fluides qui abondent dans cet organe, *l'avortement intérieur* ne peut-il pas s'opérer avant que l'on ait eu le temps de s'apercevoir que la grossesse existait ? peut-être que la situation de la portion placentaire de l'œuf sur l'orifice inférieur de l'utérus, n'est pas toujours étrangère à ce double accident, comme l'indiquerait la fréquente présentation du noyau central de la masse hydatique sur cet orifice (1).

Tel est ce que nous avions à dire sur la question proposée par M. le professeur Désormeaux. Au surplus, dans le grand nombre d'observations qui nous sont connues, nous n'avons point vu de jeunes femmes accouchant de môle *en grappes*, qui n'eussent été mères ou qui ne le fussent devenues après l'expulsion de cette masse. Le seul exemple que nous ayons rencontré est celui de *Bonus*, médecin de *Brescia :* il dit avoir vu une *jeune femme fraîche et bien portante*, qui est accouchée trois fois, à des époques rapprochées, de môles vésiculaires. La première fois, après une grossesse présumée de neuf mois, elle rendit trois cents vésicules de différentes grosseurs ; environ trois mois après, elle rendit de nouveau une vingtaine de vésicules : et la troisième fois, peu de temps après la seconde, cette femme est accouchée d'autres vésicules. On aurait dit, ajoute l'auteur, que cette femme était la mère des vésicules : *Cosi che pare questa signora la madre delle vesiche;* mais il n'est point du tout fait mention que cette femme, jeune alors et bien portante, n'ait pas mis d'enfans au monde par la suite. Nous ferons voir, dans l'observation que nous rapporterons bientôt, qu'après le part vésiculaire, la femme peut mettre au monde un enfant bien portant.

Selon nous, la femme qui accouche d'une masse hydatoïde, donne la plus forte preuve de son aptitude à la conception. L'existence de la môle vésiculaire a nécessairement été précédée de rapports sexuels productifs ; mais un obstacle que l'on ne saurait déterminer a empêché de se développer régulièrement le fruit de la conception.

§ VII.

Causes du développement des vésicules utérines.

La môle vésiculaire n'est pas toujours le résultat de l'avortement ou de la mort de l'embryon. Cette transformation de l'œuf humain est encore assez rare pour que des praticiens très occupés n'en aient point rencontré d'exemples (2); mais on ne saurait reconnaître d'autre origine que celle de la maladie des membranes de l'œuf et des villosités dont se couvre une partie de leur surface. La faiblesse constitutionnelle, l'atonie de l'utérus, l'inobservation des règles hygiéniques, sont peut-être tout aussi propres à faciliter le développement de cette affection chez la femme mariée, qu'à favoriser la génération des *vers hydatigènes, des acéphalocystes*, dans les autres viscères où l'on a reconnu l'existence de ces entozoaires.

Nous ferons remarquer ici, une fois pour toutes, que nous ne prétendons pas nier la possibilité du développement *d'hydatides solitaires* dans l'utérus : cet organe pouvant être aussi bien le siége de ces vers que toutes autres parties du corps dans lesquelles des observateurs disent les avoir rencontrés.

§ VIII.

Signes de la grossesse hydatique.

Considérée comme le résultat d'une dégénérescence du produit de la conception, la présence de la môle vésiculaire dans l'utérus doit donner lieu à tous les symptômes d'une grossesse fœtale, excepté le mouvement actif dans la cavité utérine (3). En admettant avec nous que les hydatides en grappes ne se rencontrent que chez les femmes encore aptes par

(1) Voir à la fin de la note n° VI.

(2) M. le baron *Dubois* n'en a jamais rencontré d'exemples ; il ne s'en est présenté qu'un seul cas à ma connaissance, sur 20,375 femmes enceintes accouchées à l'hospice de la Maternité.

(3) Dans le cas de grossesse complexe, le fœtus étant vivant, il serait tout-à-fait impossible de distinguer s'il existe ou non une môle ; mais ce cas est si rare, que l'exception que nous faisons n'en conserve pas moins sa valeur.

leur âge à la reproduction (1), les menstrues se suppriment pendant quelques mois, ou elles sont plus rapprochées dans leurs époques (2); le ventre se développe; l'estomac est le siége d'une irritation vive ou d'un état spasmodique fatigant. Cet état sympathique de l'irritation de l'utérus s'accompagne de nausées, de vomissemens, d'anxiété. La femme se plaint de douleurs dans le haut des cuisses, dans les jambes : quelquefois ces membres se prennent d'enflure. D'autres fois un ptialisme abondant épuise la malade (3). Mais le plus souvent l'altération de sa santé se fait remarquer par l'amaigrissement de la face, par l'impatience, par une susceptibilité nerveuse inaccoutumée. Tantôt ce sont de petites pertes sanguines ou séreuses qui reviennent à des époques indéterminées : chez les unes, le ventre se développe avec rapidité, chez les autres, très lentement, mais toujours de bas en haut, comme il arrive lorsque c'est l'utérus qui augmente de volume. M. le professeur *Chaussier*, ainsi que *Primerose*, avaient appliqué cette remarque à la grossesse fœtale utérine; mais nous ajoutons, d'après des observations qui nous sont propres, que, quels que soient les corps contenus dans la cavité de l'utérus, le développement se fait de bas en haut; que cette remarque s'applique également à toutes les intumescences des organes contenues dans le bassin. Le développement de la vessie, des ovaires, des trompes, est ascensionnaire, parce que ces organes n'ont pas, du côté du bassin, l'espace convenable pour se développer en liberté comme du côté de la vaste cavité abdominale.

En général, chez la plupart des femmes les mamelles se gonflent, l'aréole devient plus foncée; le mamelon suinte, sous la pression, une humeur lactiforme. Mais nous ferons voir tout à l'heure, que les signes que l'on considère comme constans dans cette espèce de grossesse, sont, au contraire, très variables : c'est-à-dire que le col de l'utérus ne conserve pas toujours, comme on le prétend, sa situation naturelle (4); que son orifice n'est pas toujours béant; qu'il ne se fait que très rarement, et non très souvent comme on le dit, un écoulement séreux de la vulve; que ce signe, que l'on considère comme appartenant exclusivement à cette espèce de grossesse, est non seulement commun à certains cas de grossesse fœtale, mais encore à une maladie du col de l'utérus, qui fera l'objet d'un prochain Mémoire : on verra, par les faits qu'il contient, que *même la présence de vésicules à l'orifice de la matrice* n'est point une preuve irréfragable de l'existence de ces corps dans la cavité de ce viscère. Quant à l'expulsion de ces vésicules, il ne s'en échappe guère qu'au moment même où la masse va être chassée en totalité.

Il faut convenir que le diagnostic de cette espèce de grossesse est difficile à établir. Si l'on était appelé de bonne heure à constater l'état de l'utérus, si l'on pouvait suivre la marche de son développement, peut-être en obtiendrait-on quelque avantage; le plus certain, c'est qu'il n'existe dans l'utérus *ni fœtus ni fluide :* c'est que ce viscère n'est occupé que par une masse qui en remplit toute la capacité; que cette masse est compacte, plus ou moins compressible, mais que l'on ne saurait en déterminer d'une manière précise ni la forme ni la nature. Ce n'est que d'après les symptômes *négatifs* d'une grossesse fœtale utérine, que nous portâmes notre diagnostic dans les deux cas qui vont suivre sur l'existence d'une môle. Mais malheureusement les gens de l'art ne sont appelés en pareil cas que lorsque le travail s'annonce, et le plus souvent les vésicules sont expulsées avant l'arrivée de l'accoucheur ou de la sage-femme.

Le hasard nous a très favorablement servi dans les deux cas suivans que nous allons rapporter par extraits. Nous les placerons en regard, pour mieux faire ressortir la similitude ou la différence qu'ont offert en certains points ces deux cas de même nature.

§ IX.

Première observation de Mme Louise, malade de la Maison Royale de Santé; service de M. le professeur Dumêril.

Mme *Louise D****, âgée de vingt-trois ans, née et élevée à Paris; constitution forte, tempérament lymphatique, ayant les yeux bruns, la sclérotique jaune; n'a su dire à quelle maladie avait succombé sa mère. Menstruation régulière depuis l'âge de onze ans, mais très abondante et fort douloureuse à chaque époque; sujette aux fleurs blanches et à la constipation; enceinte six fois dans l'espace de quatre années.

Première grossesse, à dix-neuf ans; accouchement naturel à terme.

Deuxième grossesse; avortement à trois mois : môle charnue.

Troisième grossesse, à terme, mais orageuse : accouchement naturel.

Quatrième grossesse; avortement entre le quatrième et le cinquième mois, qui fut suivi d'une métrorrhagie des plus violentes.

Cinquième grossesse; avortement après deux mois de suppression.

(1) Voir à la fin la note nº VI.

(2) Voir la note nº VIII.

(3) Voir les observations de *Litre*, de *Percy*, et celle de *Milot*. Ce dernier auteur dit que sa malade rendit *deux pintes* de salive par jour.

(4) Voir la note nº IX.

Sixième grossesse ; mai 1823.

Écoulement de sang à des époques indéterminées; nausées, tiraillemens douloureux dans la région de l'estomac, vomissemens : *application de quinze sangsues sur la région épigastrique*. Les douleurs de l'estomac se calment; palpitations violentes du cœur; douleurs dans les reins, dans les hanches; développement rapide de l'abdomen; enflure des jambes; constipation opiniâtre.

A trois mois.

Perte de sang qui dure neuf jours; à la suite, explosion d'un flot de sérosité sanguinolente; contractions, douleurs utérines, faiblesse extrême, vomissemens, frissons, fièvre.

A trois mois et demi.

L'abdomen est développé comme il l'est d'ordinaire *à sept mois* de grossesse fœtale.

La tumeur formée par le développement de l'utérus est large, molle, inclinée à gauche, sans fluctuation manifeste, et se laisse *facilement déprimer*.

Du côté du vagin, le col de l'utérus est *fort élevé*, son orifice externe *largement ouvert*, les bords minces et mous; son orifice interne très resserré.

Rien n'indique la présence d'un corps solide, mobile dans la cavité de l'utérus.

Perte de sang; la malade est très faible; décoloration générale; bouffissure de la face.

A quatre mois.

Perte spontanée d'environ huit onces de sang.

Premiers symptômes du part hydatique à quatre mois.

Le 29 août, à deux heures du matin, douleurs plus vives dans les reins et dans les régions inférieures du ventre; l'orifice externe est tout-à-fait effacé; il ne présente plus ses deux larges lèvres; l'orifice interne commence à s'entrouvrir; il s'y présente un corps molasse, spongieux.

La perte continue depuis quatre jours; elle est accompagnée de douleurs de reins.

Le col de l'utérus, auparavant inaccessible à cause de son extrême élévation, est abaissé; contractions utérines sensibles; le globe utérin se durcit; son col est tout-à-fait effacé.

A quatre mois, travail du part hydatique.

Le globe utérin se durcit; le col est tout-à-fait effacé : il se présente à l'orifice une masse rugueuse analogue à la face utérine du placenta; le sang coule avec plus de violence pendant la douleur qu'après. *Lavement avec un mélange d'eau salée et du vinaigre;* douleurs plus vives; contractions plus fréquentes; expulsion d'une grande portion de la môle hydatique.

La contractions ayant été suspendues pendant trois quarts d'heure, on renouvela le lavement *acéto-salin*, qui fut suivi de douleurs et de la sortie du reste des vésicules.

Nouvelle injection de même nature que les lavemens; *mais cette fois-ci*, l'injection est portée dans l'utérus pour nettoyer sa cavité, et entraîner ce qui pouvait y rester de ces corps vésiculeux.

On en a plongé de suite dans l'eau chaude, dans le vinaigre, dans l'eau fortement saturée de sel de cuisine; il ne s'est manifesté aucun mouvement de la part de ces vésicules.

Le travail a duré dix heures.

Suite du part hydatique de Mme LOUISE D***.

Le premier jour, faiblesse extrême, syncopes, contractions utérines très faibles; collapsus complet du col de l'organe; les orifices sont restés largement ouverts.

Le deuxième jour, frissons suivis de fièvre.

Du troisième au cinquième jour, la fièvre continue; lochies puriformes; douleurs, tuméfaction des mamelles, point d'excrétion par le mamelon.

Du sixième au onzième jour, lochies sanguinolentes, expulsion de petits caillots, mêlés de lambeaux membraneux.

L'utérus est resté à peu près stationnaire depuis l'expulsion des hydatides; l'orifice est presque aussi ouvert qu'il l'était le lendemain du part.

Tous les jours injections dans l'utérus avec la décoction de racine de ratanhia ou l'infusion de petite sauge.

Du douzième au quinzième, perte abondante, suivie de selles en diarrhée, occasionée par une indigestion d'alimens solides pris en trop grande quantité.

L'utérus est toujours molasse. Injection dans la cavité avec la solution acéto-saline que l'on continue encore pendant quelque temps.

L'utérus diminue enfin de volume.

Les fonctions de l'estomac se sont rétablies à l'aide d'un régime mieux approprié à l'état de la malade.

Convalescence le trente-deuxième jour du part.

Cette jeune femme est devenue enceinte l'année suivante; elle est accouchée à terme d'un garçon très vigoureux qu'elle a nourri de son sein pendant dix-huit mois.

§. X.

Deuxième observation. M. Claire D., cliente de M. le professeur Duméril, et de l'auteur de ce Mémoire.

Mme *Claire,* âgée de vingt-huit, née à Bordeaux, élevée à Paris; tempérament sanguin; constitution délicate et nerveuse; ayant les cheveux et les yeux bruns, la sclérotique blanche. Sa mère a succombé à une affection cancéreuse de la matrice; menstruée à quinze ans, régulièrement, à des époques fixes et sans douleurs; n'eut jamais de flueurs blanches; sujette à la constipation; se plaignait avant le mariage d'une pesanteur fatigante sur le périnée.

N'est devenue enceinte que dans le courant de la deuxième année du mariage, après la restitution de l'utérus, qui était dans un état d'anteversion.

Elle eut quatre grossesses dans le cours de *six années.*

La première à terme, accouchement naturel après huit heures de travail; hémorrhagie occasionée par une émotion violente et par un vice de conformation du placenta; suites de couches compliquées d'une fièvre adynamique.

Deuxième grossesse, qui fut très fatigante à cause du développement de l'utérus dans le bassin; accouchement à terme, *sans douleurs.*

Troisième grossesse, heureuse; accouche-
1825.
ment naturel et *sans douleurs.*

Quatrième grossesse; premiers jours d'août 1825.

Les règles manquent à leur époque; symptômes semblables à ceux des grossesses précédentes; vomissemens, douleurs d'estomac, pesanteur de tête, somnolence après dîner, sécheresse extrême de la peau, froid glacial et constant des membres pectoraux et abdominaux; point d'écoulemens d'aucune espèce, jusqu'à la fin du troisième mois.

A trois mois.

Les vomissemens continuent, la matrice est développée comme au troisième mois de la grossesse naturelle; le col de cet organe est *long, très bas,* dirigé en arrière, *son orifice est fermé.*

Epistaxis tous les deux ou trois jours : la tête s'en trouve mieux; bain simple de propreté; perte de deux à trois cuillerées de sang de l'utérus en sortant du bain. Les vomissemens persistent; *huit sangsues sur la région épigastrique;* la saignée du bras était impraticable.

Cessation de la perte et des vomissemens dès le lendemain; les digestions se font mieux; promenades à l'air libre, tantôt en voiture, tantôt à pied : retour de la perte.

A quatre mois.

Le fond de l'utérus incliné à gauche, excède à peine le bord supérieur des pubis; il ne présente du côté du vagin qu'une *masse compacte,* douloureuse au toucher; point de fluide, point de corps mobile.

Le col de l'utérus encore très long (15 à 18 lignes), mou et fortement *appuyé sur le périnée;* il est replié sur lui-même en forme de coude, de manière à présenter en avant son orifice externe ou museau de tanche.

Dépérissement, anxiété, maigreur; les petites pertes de sang continuent; point de sérosité; l'écoulement de sang est toujours précédé de chaleurs de reins.

A quatre mois et demi.

De deux jours l'un, jusqu'au cinquième mois, bains entiers avec décoction de plantes émollientes; tamponnement du vagin après une injection faite avec un mélange de miel et d'extrait de belladona (1), pour faciliter le développement du col de la matrice et la dilatation de son orifice; point d'effet marqué.

A cinq mois.

Changement peu apparent dans les parties.

A cinq mois et demi.

Le fond de l'utérus s'avance un peu vers l'abdomen en se dirigeant à gauche. Cet organe est toujours dur et douloureux au toucher.

Malgré l'amaigrissement général, les seins sont gonflés et douloureux, notamment le droit.

Dans le cours du sixième mois.

Changemens peu remarquables dans l'état général de la malade, et dans la disposition de l'utérus; cependant les pertes de sang sont devenues plus rares; l'appétit est un peu moins mauvais; la malade a repris de l'exercice à l'intérieur et hors de chez elle.

A sept mois.

Développement plus sensible de l'utérus; cet organe affecte une forme oblongue; il est toujours dur, incompressible, très douloureux au toucher.

(1) Un gros d'extr. de belladona, mêlé avec une once de miel.

Au commencement du huitième mois.

L'utérus offre tout au plus le volume qu'il présente d'ordinaire au cinquième mois d'une grossesse fœtale ; il a conservé sa forme oblongue ; son col est beaucoup plus gros qu'auparavant ; il n'est plus recourbé ; il a pris sa rectitude naturelle en s'élevant davantage vers le détroit abdominal ; son orifice est presque au centre du vagin ; la perte a disparu depuis quelque temps.

Dans le huitième mois. Travail du part hydatique.

Contractions utérines ; douleurs vives ; retour de la perte de sang à huit heures du matin.

Le col de l'utérus est encore très long ; mais son volume égale celui du col d'une grosse carafe de table. Son orifice vaginal est entr'ouvert ; il s'y présente un corps molasse à surface granulée.

Les douleurs utérines sont très violentes et ne changent rien à l'état des parties. Il s'écoule un peu de sang vermeil à chaque contraction.

(*Injection acéto-saline dans le rectum*). Douleurs intolérables dans les reins et dans l'utérus ; cet organe est le siége d'une douleur constante.

A huit heures du soir, expulsion d'une masse vésiculeuse du volume du poing, qui fut gardée près de la vulve ; cinq minutes après, sortit le reste de la masse de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Ces deux portions de la môle n'ayant point été séparées, on put en apprécier le volume et la texture extérieure. Cette seconde portion fut soumise *de suite* à toutes les épreuves possibles pour s'assurer de l'état des vesicules. On n'y a pas remarqué *le plus petit mouvement, pas le moindre frémissement.*

La durée du travail a été de douze heures.

Suite du part hydatique de Mme CLAIRE.

Douleurs violentes dans l'utérus et dans les reins.

Lavemens émolliens. — Cataplasme de farine de graines de lin sur l'abdomen. Pour boisson, infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger. — Potion anodine.

Le troisième et le quatrième jour, les douleurs se calment ; chaleur brûlante dans les reins ; lochies séreuses d'un gris sale ; *fièvre* non précédée de frissons ; tuméfaction des mamelles ; excrétion lactiforme du mamelon droit.

Le onzième jour du part, le col de l'utérus est encore très gros ; son orifice présente le volume d'une petite pomme ; il est encore aussi ouvert qu'il l'est d'ordinaire le deuxième ou troisième jour d'un accouchement naturel à terme.

Injection dans la cavité de l'utérus, avec infusion de camomille ; lavemens avec oximel simple.

Le quatorzième, les douleurs de reins se renouvellent et sont suivies de l'expulsion de petits caillots de sang.

Le dix-huitième jour, le col de l'utérus est peu diminué de volume : son orifice est béant, ses bords très épais.

Le vingt-quatrième jour, le museau de tanche ne présente plus qu'un léger boursouflement.

L'estomac est resté languissant, l'appétit presque nul. La malade alla passer plusieurs mois à la campagne, et s'y est assez bien rétablie.

§ XI.

Réflexions sur les deux cas précédens.

On a dû voir, par les deux faits que nous venons de rapporter, que le signe le moins incertain de l'existence de la môle, est *l'immobilité des corps contenus dans la matrice, déjà développée à un certain degré, chez une femme encore en âge d'être mère.*

Lorsqu'après la suppression ou le dérangement des règles l'utérus se développe avec rapidité, que par l'exploration la plus exacte, la percussion la mieux exercée, on n'a reconnu ni la présence d'un corps solide, mobile, tel qu'est l'embryon, ni celle d'un fluide, comme celui de l'amnios, mais seulement l'existence d'une masse inerte, cet état de l'utérus donne les plus fortes présomptions en faveur d'une môle.

Mais la môle vésiculaire ne peut être distinguée de la môle charnue que lorsque l'utérus a acquis un volume assez considérable pour pouvoir être exploré en différens sens. Si l'utérus est de beaucoup plus développé que l'époque de la grossesse ne le comporte ; s'il est léger, mou, compressible ; si l'on ne reconnaît à la percussion ni fœtus ni fluide quelconque, *la môle est vésiculaire.*

Mais quand la femme est nerveuse, que l'utérus, douloureux au toucher, est fortement contracté sur la masse qu'il renferme ; s'il est, pour ainsi dire, dans un état de spasme continuel, comme chez Mme *Claire*, la môle se trouvant fortement comprimée de toutes parts entre les parois de l'utérus, on croirait alors avoir affaire à une môle charnue plutôt qu'à une môle vésiculaire.

Comme l'a dit M. *Percy*, et après lui *Mougeot*, le seul signe irrécusable de l'existence de cette espèce de môle est l'expulsion de quelques

vésicules ; mais il est très-rare que cette circonstance ne soit pas immédiatement suivie de l'éjection de la masse totale.

On sent bien qu'une grossesse molaire compliquée de grossesse fœtale est inappréciable. Dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, on n'est bien instruit qu'après l'événement.

L'expulsion des hydatides s'opère ordinairement du troisième au septième mois; quelquefois à huit et à neuf mois ; très rarement à dix, onze et quatorze mois, ainsi que *Baudelocque* en a vu des exemples. Les femmes se sont-elles trompées sur l'époque de leur grossesse? ont-elles conçu après plusieurs mois de suppression comme nous en avons rapporté des exemples dans notre *Mémorial de l'art des accouchemens ?* Baudelocque n'entre dans aucun détail sur les cas qu'il a rencontrés.

§ XII.

Prognostic de la môle vésiculaire.

Cette maladie de l'œuf entraîne nécessairement avec elle la perte de l'embryon. Considérée par rapport à la mère, cette espèce de grossesse est, sinon toujours funeste, souvent très fâcheuse : c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les observations de *Smellie, Crawfort, Levret, Saviard, Leray, Souville ;* les femmes dont ils parlent avaient eu de violentes hémorrhagies, et, par suite furent exposées aux plus grands dangers (1). On rencontre un assez grand nombre d'exemples de femmes mortes avant de s'être débarrassées des hydatides: ceux rapportés par *Home, Lossius, Unerwolf, Lazoni,* sont là pour constater cette funeste issue de la maladie (1). Dans le cas de *Moth,* communiqué à *Thomas Bartholin,* les hydatides étaient en si grand nombre et présentaient un tel volume, que l'utérus extrêmement aminci s'est rompu, et que la femme mourut dans des douleurs atroces.

La femme citée par *Pechlin,* laquelle présentait une grossesse fœtale compliquée de môle vésiculaire, eut le même sort. Enfin *Delamothe, Picard,* de Louviers, ont vu leurs malades expirer, l'une dix heures après avoir été délivrée de sa môle, et l'autre, le quinzième jour, des suites d'une hémorrhagie foudroyante qui avait précédé et accompagné l'expulsion de la môle hydatique. Chez les femmes déjà parvenues à un certain âge, cette maladie a entraîné après elle des accidens graves, tels que l'hydropisie de poitrine, etc. Chez Mme *Claire,* sujet de notre seconde observation, il est resté une douleur dans l'estomac, qui est à peine entièrement dissipée aujourd'hui 1er mai 1827.

Il est fort à regretter que ceux qui ont eu l'occasion d'examiner l'utérus encore chargé de la môle hydatique après la mort, ne nous aient pas laissé une description exacte de l'état de cet organe, de l'épaisseur de ses parois, du développement de ses vaisseaux, de la grandeur de leurs orifices à la face interne de ce viscère, de leurs dispositions, de leur nombre, comparativement à leur manière d'être dans l'état de grossesse fœtale au terme correspondant à celui de la grossesse molaire; qu'ils ne nous aient rien dit de la manière dont se comporte la môle à l'égard de l'utérus; que l'on n'ait point pratiqué d'injections par les artères iliaques et utérines pour s'assurer de quelle manière s'opère la nutrition de ces corps; si elle a lieu par un mode particulier de circulation ou par imbibition, ou, comme disait *Valisnieri,* par irrigation.

Quoi qu'il en soit, on pourrait presque affirmer dès à present que l'utérus est généralement plus mou ; qu'il *est disposé* à s'étendre, à se développer avec une rapidité proportionnée à la nature des corps qu'il renferme, à leur accroissement, à leur multiplicité ; que les vaisseaux capillaires utérins sont plus *nombreux,* mais *moins larges* que dans la grossesse fœtale où l'activité de la circulation utérine est en proportion de l'énergie vitale et de ses annexes; qu'en conséquence l'hémorrhagie est le plus souvent moins abondante, moins violente que dans la véritable grossesse à une époque avancée. La perte de sang paraît quelquefois plus considérable qu'elle n'est réellement quand il se mêle à ce fluide celui des vésicules qui viennent à se rompre sous les contractions de l'utérus.

Quelquefois les contractions utérines se font sentir dans le cours de cette espèce de grossesse: d'autres fois l'utérus se resserre sans douleur à l'insu de la malade et s'essaie à l'expulsion de la masse hydatique ; celle-ci, en se détachant, laisse à nu les extrémités capillaires de la face interne du viscère qui les renferme. La masse spongieuse de la môle se trouvant imbibée de sang, se dégorge sous l'influence d'une contraction subséquente ; d'où viennent sans doute ces petites pertes irrégulières, sérosanguinolentes ou tout-à-fait sanguines, qui se font remarquer dans le cours de cette grossesse.

Le sang peut également s'accumuler à l'intérieur de l'utérus pendant la gestation hydatique. Chez Mme *Louise,* nous avons trouvé parmi les vésicules un certain nombre de caillots de différentes grosseurs, un surtout qui pesait plusieurs onces et qui était d'une consistance très solide.

§ XIII.

Traitement de la môle vésiculaire.

Par une conséquence toute naturelle, les auteurs qui considèrent les vésicules utérines

(1) Voir la note nº XI.

comme des acéphalocistes, recommandent l'usage des mercuriaux, des purgatifs drastiques propres à détruire ces sortes de vers.

Mais, envisagée comme un avortement interne, la môle vésiculaire disparaîtra-t-elle sous l'influence des vermifuges? Nous ne le pensons pas.

L'obscurité que présente le diagnostic de cette espèce de grossesse exige une grande circonspection dans l'usage des moyens propres à faire cesser certains accidens qui l'accompagnent.

L'hémorrhagie utérine est le symptôme le plus grave que l'on ait à combattre. Lorsque l'investigation la plus rigoureuse des parties ne laisse que des doutes ou de simples soupçons sur la cause de la perte de sang; que l'état du col de l'utérus n'indique pas une disposition prochaine à livrer passage aux corps contenus dans la cavité de l'organe, on n'a rien de mieux à faire que de se comporter comme dans le cas de grossesse fœtale.

Nous avons vu, dans l'observation de Mme *Claire*, que les moyens employés pour provoquer d'une part la contraction de l'utérus, de l'autre pour faciliter le ramollissement, l'épanouisement du col de cet organe, et la dilatation de son orifice, ont été sans effets, au moins bien sensibles. Les lavemens excitans, l'application immédiate de l'extrait de *belladona*, le tamponnement du vagin, les bains généraux et locaux mis en usage du quatrième au cinquième mois de la grossesse, rien n'a pu déterminer l'expulsion de la môle: elle a séjourné plus de *sept mois* dans l'utérus.

On avait conseillé, dans le cas de Mme *Claire*, l'introduction d'une sonde, ou d'un stylet mousse dans le col de l'utérus pour exciter le corps de l'organe à se contracter, et à expulser ce qu'il renfermait. Quoique proposé par une personne faite pour inspirer la plus grande confiance, ce moyen ne fut point employé:

1o. Parce qu'il nous parut inapplicable dans le cas en question à cause de la mauvaise direction et de la longueur du col de l'utérus;

2o. Parce que l'utérus, dans un état de spasme continuel, n'avait pas besoin de ce stimulant;

3o. Parce que, en supposant que l'introduction de la sonde eût été facile, n'agissant que sur la masse qui se présentait à l'orifice interne de la matrice, cette masse, une fois trouée, la sonde n'en aurait changé ni la situation ni le volume;

4o. Parce que rien ne sort de la matrice, si son orifice n'est ouvert à un certain degré. Ici la membrane ne contient point de fluide, ou que fort peu. Ce n'est pas comme quand l'œuf est sain et intact, la rupture des membranes avec un stylet amène l'évacuation du fluide amniotique: de là diminution de capacité de l'utérus, épaississement de ses parois, oblitération de ses vaisseaux, effacement de son col, dilatation de son orifice, expulsion de l'embryon, ou du fœtus et de ses dépendances, lorsqu'une métrite mortelle ne vient point couronner l'œuvre dans le cas de grossesse récente; mais dans la grossesse môlaire, l'introduction d'un stylet dans la cavité de la matrice ne pourrait produire aucun de ces résultats.

Indépendamment des motifs dont nous venons de faire l'énumération, il nous répugnait d'exciter le col de l'utérus par des tâtonnemens douloureux chez cette dame surtout, qui, depuis long-temps, nous exprimait la crainte qu'elle a de périr, comme sa mère, des suites d'un ulcère de la matrice.

Pour nous être conformée au précepte établi par *Ætius*, et depuis par le professeur *Percy*, d'exciter l'utérus au moyen d'injections irritantes pendant le travail du part hydatique chez Mme *Claire*, on a vu qu'il en est résulté des douleurs atroces dans l'utérus et dans les intestins; douleurs qui durèrent plusieurs jours, malgré l'usage soutenu des calmans administrés sous toutes les formes.

Chez Mme *Louise*, au contraire, les excitans les plus énergiques restaient presque sans effet. L'atonie de l'utérus, qui existait avant le travail, s'est conservée pour ainsi dire dans le même état, vingt jours encore après, malgré les injections stimulantes poussées plusieurs fois par jour dans la matrice.

Cette différence remarquable dans l'état de l'utérus chez ces deux malades, explique pourquoi chez l'une la perte de sang fut abondante pendant la grossesse et le travail, tandis que chez l'autre, où l'utérus était, pour ainsi dire dans une contraction permanente, la perte fut légère comparativement à celle qui eut lieu chez Mme *Louise*. Nous n'omettrons pas de faire mention d'un phénomène tout particulier au travail du part chez Mme *Claire*; c'est qu'après avoir livré passage à une portion de la masse hydatique, l'orifice interne s'est contracté fortement: il ne s'est ouvert de nouveau que pour laisser passer la totalité des vésicules, puis s'est encore resserré au point de ne pouvoir permettre l'introduction de l'extrémité d'un doigt.

Nous croyons qu'il serait très difficile et très douloureux dans un cas semblable d'introduire la main dans la matrice, comme on l'a conseillé pour extraire cette espèce de môle. Nous ne voyons pas non plus ce que pourrait faire sur une masse de vésicules *insaisissables* la pince à *faux-germe* de *Levret*, qu'il recommande comme un instrument de la plus grande importance pour son utilité dans le cas actuel. Cet instrument n'eût été que très nuisible et absolument inutile dans le cas de resserrement spasmodique du col utérin chez Madame *Claire*.

Les injections dans l'utérus pour accélérer sa contraction, lorsque cet organe est encore occupé par la totalité de la môle hydatique est un moyen tout-à-fait illusoire dans ses effets. Le fluide de l'injection ne pénètre point dans la cavité de l'utérus, qui est complètement remplie par la môle. L'eau *acéto-saline,* comme vermifuge, est, selon nous, absolument sans action sur les corps soumis à son influence. Quant à son effet comme stimulante, cette solution ne saurait agir immédiatement sur la face interne de la matrice, puisque sa cavité est occupée, non seulement par les vésicules, mais par la décidua qui revêt de toutes parts la masse hydatique et tapisse la cavité utérine.

Les titillations avec l'extrémité des doigts sur l'orifice de l'utérus, les frictions sur son fond, les applications froides, les injections appropriées poussées dans le *rectum,* tous ces moyens combinés sont beaucoup plus efficaces pour déterminer la contraction utérine dans les cas d'inertie et de perte que l'injection dans le viscère lui-même, qui ne saurai ni l'admettre ni la conserver.

Il en est tout autrement après l'expulsion d'une partie ou de la totalité de la masse hydatique; l'injection poussée dans la cavité de la matrice peut produire d'exellens effets, selon l'état de cet organe et la nature des fluides que l'on y a lancés; alors seulement, les fluides de l'injection peuvent agir sur les parois utérines, détacher des lambeaux de membranes, ou des débris de la masse, et les entraîner dehors. C'est quand les injections agissent directement sur la matrice, qu'elles peuvent déterminer son entière et durable contraction.

Mais on sent très bien que si l'utérus montre de la disposition à se contracter, comme chez Mme *Claire*, s'il n'y a point lieu de craindre l'hémorrhagie, qu'une injection d'eau tiède, ou d'une décoction émolliente conviendrait beaucoup mieux pour nettoyer la cavité utérine, que ces injections irritantes, comme l'expérience l'a prouvé chez le sujet de notre seconde observation.

Les suites de cette espèce de parturition étant à peu près les mêmes que celles de l'accouchement d'un fœtus, la conduite à tenir doit être relative à l'état où se trouve la malade.

Ce qui nous paraît très important de noter, sous le rapport de la médecine légale, c'est que les parties internes et externes de la génération ont présenté chez les dames *Louise* et *Claire* tous les phénomènes qui se font remarquer dans ces mêmes parties chez une femme récemment accouchée à terme d'un fœtus vivant. Pendant *vingt* à *trente* jours les parties ont même conservé plus de laxité, plus de volume, spécialement chez Mme *Louise,* que dans le cas d'accouchement naturel simple. L'écoulement sanguin, celui des lochies, se sont prolongés davantage; les mamelles sont restées développées à un certain degré comme chez la femme en couche qui n'allaite point son enfant.

Pour nous résumer, nous rappellerons dans les corollaires suivans les principales propositions émises dans le cours de ce Mémoire.

Corollaires des propositions contenues dans le Mémoire précédent.

1er.

La môle hydatoïde n'est pas, comme quelques uns le croient aujourd'hui, un composé de vers vésiculaires.

2.

Qui que ce soit, excepté le professeur *Percy,* n'a observé de mouvemens de la part de ces vésicules aqueuses.

3.

Ces vésicules sont le produit d'une conception dégénérée.

4.

Quoi qu'en aient dit quelques uns, ces vésicules sont le résultat d'une disposition morbide des vaisseaux capillaires de l'amnios, d'une affection particulière du chorion ou du placenta.

5.

La disposition vésiculaire de l'amnios, du chorion et du placenta a été observée il y a longtemps, et tout récemment encore par de très bons observateurs.

6.

A la môle hydatoïde se trouvent parfois mêlés des débris d'embryon, ou de fœtus.

7.

La môle vésiculaire n'est point suspendue dans la matrice. Les vésicules ne sont point adhérentes directement à cet organe : une membrane intermédiaire, analogue à *la décidua,* sert de moyen d'union et de communication de l'utérus avec la môle.

8.

Les filles, les femmes vivant dans l'état de chasteté, ne sont et ne doivent point être sujettes à cette maladie.

9.

Cette production vasculeuse dépend d'une affection des membranes séreuses de la coque de l'œuf.

10.

Car il n'existe de membrane séreuse dans la matrice que celles qui y sont déposées temporairement par l'effet de la *conception utérine*.

11.

La maladie est susceptible d'affecter différens caractères; mais souvent elle se présente sous la forme vésiculeuse.

12.

Vraisemblablement le caractère extérieur de la môle dépend de la partie élémentaire de l'œuf primitivement altérée.

13.

L'utérus n'est pas, comme beaucoup le pensent, le lieu exclusivement effecté au développement des *hydatides en grappes*.

14.

On donne des exemples d'*hydatites en grappes* qui se sont fait remarquer sur les membranes séreuses, encéphaliques, thoraciques et abdominales.

15.

Cette forme, que présentent quelquefois les membranes séreuses à l'état morbide dans les grandes cavités, vient ajouter une nouvelle force à l'opinion de l'auteur de ce Mémoire, c'est-à-dire que c'est la *membrane séreuse de l'œuf* qui est affectée dans le cas en question.

16.

L'ovule, encore fixé à l'ovaire, peut être frappé de maladie, et cependant se trouver fécondé par un coït productif.

17.

Une disposition morbide de l'ovaire peut durer inaperçue pendant tout le temps que la femme est apte à concevoir, et le coït fécondant n'avoir pour résultat que le développement d'un corps informe, ou analogue au produit en question.

18.

C'est ainsi que l'on pourrait expliquer ce phénomène fort rare que présentent des femmes mariées qui ne produisent que des môles.

19.

Diagnostic.

Les signes rationels de cette grossesse se confondent avec ceux de la grossesse fœtale.

20.

La grossesse vésiculaire n'a lieu que chez les femmes qui vivent en état de mariage et qui sont aptes à la réproduction. On l'a remarquée chez celles de vingt à quarante-six ans.

21.

Dans cette grossesse, l'*utérus est développé*; mais le toucher n'accuse ni le mouvement d'un corps *libre actif*, ni la présence d'un fluide. *L'absence* de ces deux signes *certains* d'une grossesse fœtale, la compacité des corps contenus dans l'utérus, la rapidité de leur accroissement, sont les signes les moins équivoques d'une grossesse molaire.

22.

La sortie de quelques vésicules aqueuses par le vagin est le seul signe certain de la môle hydatique dans l'utérus, mais *dans ce cas*, leur expulsion totale rarement tarde à s'opérer.

23.

La forme, le volume, la situation de l'utérus, présentent des différences non seulement aux différentes époques, mais aussi aux époques correspondantes à la même espèce de grossesse.

24.

La longueur du col de l'utérus, sa direction, sa situation, paraissent dépendre de l'époque à laquelle se trouve la grossesse hydatique au moment de l'exploration des parties. Les différences qui se remarquent dans les divers rapports de l'utérus dépendent aussi du volume de la masse qu'il renferme, abstraction faite de l'époque de la grossesse.

25.

Si l'on ne s'est point assuré par le toucher, plusieurs fois plutôt qu'une, du volume de l'utérus, certainement on pourra confondre, comme on le dit, la gravité hydatique avec l'hydropisie des trompes et des ovaires. Ainsi qu'on a pu le voir chez Mme *Claire*, l'utérus n'est pas toujours arrondi; il n'occupe pas toujours la région moyenne de l'abdomen, et nous avons vu deux cas d'hydropisie de l'ovaire *gauche* dans lesquels l'organe affecté était adhérent *à droite* de la paroi abdominale; et c'était aussi sur le flanc droit que la ponction avait été faite.

26.

Primerose n'avait pas autant de tort qu'on veut bien le dire lorsqu'il fait observer que dans l'*ascite* le développement des parois abdominales commence par les régions supérieures, et que dans le développement de la grossesse fœtale utérine il se passe tout le contraire.

27.

Nous ajoutons à la remarque de *Primerose*, qui fut faite aussi par notre vénérable maître et ami le professeur *Chaussier*, que, non seulement dans le cas de développement de l'utérus, *quelle qu'en soit la cause*, mais dans toutes les intumescences des organes contenus dans

le bassin, leur accroissement s'opère toujours de bas en haut, parce qu'ils n'ont pas, pour se développer du côté de la cavité pelvienne, l'espace que leur présentent les parois molles de l'immense cavité abdominale. Les régions inférieures du ventre étant les premières à se développer, à se distendre, l'ombilic remonte à proportion et conserve sa situation centrale; tandis que dans l'ascite, l'ombilic descend vers les pubis.

28.

Quand le col utérin est effacé, que son orifice est béant, que les douleurs se font sentir dans la région des pubis, dans celle du sacrum; quand le sang coule à chaque contraction, l'expulsion des hydatides n'est pas éloignée.

29.

Prognostic.

La mort du fœtus est inséparable de l'existence de la môle vésiculaire.

30.

L'expérience prouve que pour la femme, la grossesse molaire hydatoïde peut avoir des suites très graves et même mortelles.

31.

Traitement.

On a souvent à combattre des symptômes fatigans, tels que les nausées, les vomissemens, un ptialisme abondant; mais le plus fréquent et le plus dangereux est la perte de sang de l'utérus.

32.

La prudence impose la loi de ne point hasarder de moyens violens pour provoquer l'expulsion de la môle, à moins que, comme dans la grossesse fœtale, on n'y soit forcé pour éviter un mal plus grand.

33.

La dilatation forcée, soit au moyen des doigts, soit avec la pince à faux-germe, dont l'application a été recommandée et employée par *Levret*, peut être dangereuse dans certains cas, sans être de la moindre utilité.

34.

Les injections ne pouvant pénétrer dans l'utérus lorsque sa cavité est occupée par la masse hydatique, le précepte qui en établit l'usage devient inutile.

35.

Après l'expulsion des hydatides, les injections stimulantes peuvent être très efficaces, devenir même indispensables, mais c'est quand il y a perte abondante de sang, inertie de l'utérus, et que cet organe n'est pas entièrement débarrassé.

36.

Les injections irritantes doivent être proscrites de la manière la plus absolue toutes les fois que l'utérus est le siége d'un spasme douloureux.

37.

Dans le cas où la môle vésiculaire est encore renfermée dans l'utérus, et que l'inertie de ce viscère donne lieu à l'hémorrhagie, les injections stimulantes recommandées pour exciter la contraction de l'utérus agissent avec plus d'efficacité, *poussées dans le rectum* que du côté du vagin.

38.

Les suites du part hydatique étant à peu près les mêmes que celles d'un accouchement naturel, les soins qu'elles réclament sont relatifs à l'état actuel de la malade.

39.

Après le part hydatique, les mamelles restent gonflées; les parties internes et externes de la génération présentent presque tous les signes d'un accouchement à terme récent, *vingt* à *trente* jours encore après l'expulsion de la masse vésiculaire.

40.

Cette dernière remarque mérite d'être prise en considération, parce qu'elle peut se trouver appliquée avec avantage dans certains cas de prévention de suppression de part, d'infanticide ou d'avorticide.

Notes.

Note N° I.

C'est d'après les différences dans la manière d'être *des vers*, et dans le lieu *de leur habitation*, jointes à quelques particularités observées dans leur organisation, que l'on a établi plusieurs espèces d'*acéphalocistes*, ainsi distinguées par M. *Laënnec*, qui est l'auteur de la découvertede ce nouveau genre de vers, ou plutôt de sa clasification.

QUATRE ESPÈCES D'ACEPHALOCISTES.

1o. Acephalocistis ovoïdæ. Laennec. Tænia visceralis de Linnée.	à œufs. Petits corps blancs opaques dans l'épaisseur de leurs parois. Hydatide de la plupart des auteurs
2° Acephalocistis surculigera, Laennec. Tænia visceralis de Linnée. Hydra hydatula.	ou à bourgeons. A ses surfaces internes et externes se font remarquer des bourgeons irréguliers. Hydatide de la plupart des auteurs.
3°. Acephalocistis granulosa, Laennec.	granuleuses. Parsemées intérieurement de granulations transparentes. Hydatide de la plupart des auteurs.
4o. Acephalocistis racemosa, Hipp. Cloquet.	en grappes. A cause de sa disposition en grappes. — Môle hydatique, faux-germe en grappes.

Nota. *Voyez* le n° 1er de la Faune des médecins de M. Hipp. Cloquet.

Si l'on veut prendre la peine maintenant de comparer ces diverses espèces d'acéphalocistes avec les vésicules de la môle que nous avons décrite, et dont un *specimen* est au Cabinet d'histoire naturelle du Jardin du Roi, on y trouvera certainement la plupart des caractères communs à toutes ces espèces d'hydatides ou acéphalocistes de M. *Laënnec*. Ce n'était guère la peine non plus de créer une espèce particulière de ces corps pour l'utérus, quand on avait des exemples d'hydatides en grappe dans diverses parties du corps.

Ainsi, les vésicules utérines présenteraient les caractères de toutes les espèces d'acéphalocistes, ou tous les acéphalocistes ne seraient que des vésicules qui ne devraient leurs caractères spéciaux qu'à des accidens fortuits tout-à-fait sans conséquence!

On ferait un rapprochement fort curieux si l'on plaçait ici la description que donne M. le docteur *Fodera* sur l'organisation des *cysticerques*, on hydatides *des lapins*. On y trouverait la plupart des remarques que nous avons faites, et que d'autres pourront faire sur les vésicules utérines. Que l'on veuille bien se rappeler l'observation n° VI, sur les vésicules en grappes trouvées sur les viscères abdominaux du lièvr.

Note No II.

Ouvrages dans lesquels se trouvent les figures de la môle vésiculaire.

Auteurs.		Nombre des figures.
Amb. Paré.	Gynæciorum, ed. 1598, in-fol. page 425.	1
Ruysch.	VIe Fase., pag. 32 du vol. 1, édit. 1733.	2
Idem.	Thes. Anat., tom. 1, Amst., 1744.	4
Valisnieri.	Vesiche nel corpo degli animali viventi, opere citate. — Malpighi. 2	8
Idem.	Ruysch. 4	
Idem.	L'auteur. 1	
Idem.	Pichart. 1	
Stalpart.	Cent. 1re, Observ. 70.	1
Albinus.	Acad. Lib. I. Tab. 3.	1
Malpighi.	Ephémérides des curieux de la nature, Cent. IX	2
Veretti.	et X, pag. 165.	
Christ. Avega.	Art. Lib. III, sect. X.	1
Gregorini.	Mémoires sur les hydatides de l'œuf hum.	1
Bidloo.	Exercitat. anat. chir., pag. 18.	1
aul Portal.	Pratique des acc., pag. 137 et 139.	2
Millot.	Supplém. à tous les Traités d'acc. Tom. 2, p. 73.	1
Schlegel.	Observ. de Burdach. Silloge opere min., tom. 2.	1
Clarke Mansfield.	Observ. on those deseases of females part. Tom. 2.	1
Bremser.	Édit. de Blainville, Atlas, pl. IX.	1
Brera.	Memorie sopre i principali vermi.	1
Hipp. Cloquet.	Faune des médecins, no 1, pl. IV.	1
	Total	30

Il en est sans doute beaucoup d'autres encore qui ont échappé à nos recherches.

Note N°. III.

Expériences faites sur les vésicules utérines.

1°. *Shrokius* ayant insufflé des grains de la môle en grappes, et l'air ayant pénétré d'une vésicule à l'autre, il en conclut qu'elles communiquent entre elles. Il a remarqué qu'après avoir passé plusieurs jours dans l'esprit de vin, elles avaient perdu de leur coloration, de leur volume, qu'elles s'étaient ridées et endurcies. (Académ. des curieux de la nature, Ephém. Cent. IX et X, pag. 166.)

2°. *Valisnieri :* Il est de ces vésicules, dit-il, qui s'emplissent aux dépens de celles qui leur sont contiguës.

Généralement le fluide se coagule, mais d'autres fois il ne se coagule pas au feu ;

L'alcali ne produit point sur les vésicules, ni sur les fluides qu'elles contiennent la moindre effervescence. Mêlé aux acides, ce fluide ne se coagule pas ;

Jetées dans l'eau l'une après l'autre, ou plusieurs à la fois, les vésicules se précipitent également au fond du vase ;

Cuites, elles diminuent de volume, se rident, blanchissent et perdent leur transparence.

Les filamens qui réunissent entre elles les vésicules sont évidemment des vaisseaux. (Loco citato.)

3°. *Lanzoni* fit cuire de ces vésicules et le fluide s'est durci.

4°. *Litre*, en soufflant dans les plus gros grains des vésicules, a remarqué qu'ils communiquaient avec leurs filets. (Déjà cité.)

5°. *Millot* a répété cette expérience, et en a obtenu les mêmes résultats.

Nous avons aussi insufflé plusieurs de ces vésicules, mais nous n'osons affirmer que l'air ait passé d'une vésicule à l'autre : nous craignons de nous être fait illusion.

Note N° IV.

Sur la membrane qui enveloppe la môle hydatique : Onze exemples.

1°. *Valeriola*, dans sa deuxième observation, dit qu'après six mois de suppression, la femme rendit une membrane renfermant un grand nombre de bulles aqueuses.

2°. *Soville* vit une masse énorme d'hydatides couvertes d'une membrane commune, assez dense, ouverte dans un seul endroit. (*Ancien Journ. de méd.*, tom. 88, ann. 1792.)

3°. *Percy :* après des contractions douloureuses, expulsion d'un *sac membraneux* à l'intérieur duquel on trouva des milliers d'hydatides pleines, encore suspendues par leur pédicule. (*Observ. de la femme Gelet*, jour. cité.)

4°. *Leray*, de Nantes (première observ.) La

môle sortit en plusieurs portions; la première était une masse compacte, recouverte à l'extérieur d'une membrane analogue à la decidua.

5o. Dans la deuxième observation du même auteur, la masse hydatique était composée d'un grand nombre de vésicules fixées à l'extérieur d'une sac membraneux qui contenait des débris d'un fœtus.

6o. *Stalpart Vanderwiel* rapporte qu'une sage femme retira de l'utérus une grande quantité d'hydatides en forme de grappe de raisin, et qu'une membrane plus fine que celle qui enveloppe le fœtus les recouvrait. (*Trad. de Planque.*)

7o. SANDIFORT: *Virum saccum referens erat ergo decidua quæ ove mucronem decidua reflexa.* (*Obs. anat. pathol.* Lib. 1, cap. III, pag. 76, Lugd. Batav. 1777.)

8o. *Labrousse:* La femme accoucha d'hydatides innombrables, enveloppées d'une membrane légère.

9o. *Leclerc.* Les hydatides en grappes, et un placenta qui s'en était séparé, étaient enveloppés d'une membrane commune. (*Ancien Journ.* de méd., ann. 1761, tom. XV.)

10o. *Bremser.* Une môle de la grosseur d'une tête, sortit entourée d'une membrane que la sage-femme déchira, et des milliers d'hydatides se présentèrent. (*Traité zool., Éd. de Blainville.*)

11o. *Fauconnier Dufresne* reconnaît distinctement au toucher *une poche* comme celle de l'eau de l'amnios: il y avait, attenant à quelques grappes de vésicules, des débris d'une grande fausse membrane, semblable à la membrane amniotique.

NOTE No V.

Sur les cas de môles hydatiques, composées de grossesse fœtale.—Douze exemples.

1o. *Leray,* déjà cité, dit que les vésicules recouvraient l'œuf qui était intact et avait 7 à 8 pouces de diamètre. On y découvrit un embryon long de quelques lignes, adhérent à l'amnios au moyen d'une vésicule ovoïde. On ne distinguait dans cet embryon que le foie, le cœur et l'aorte.

2o. *Lémon:* Une femme de vingt-quatre ans, qui avait eu plusieurs enfans, rendit, après une suppression de quatre mois, une masse hydatoïde assez volumineuse. La membrane amnios était intacte, pleine de fluide; mais quoiqu'on n'y découvrit ni embryon ni cordon ombilical, l'auteur n'hésite pas à affirmer que l'absorption s'en était faite, et qu'il y avait eu une véritable grossesse. (*Edimburg, Med. and Chirurg. journ.,* Vol. XI, pag. 96.)

3o. *Sandifort:* La masse molaire présentait une cavité membraneuse contenant du fluide, et au milieu nageait une vésicule suspendue par un filet. (Déjà cité.)

4o. *Dumonceau:* Une femme enceinte de son dixième enfant, accoucha au huitième mois, de la portion inférieure du tronc d'un fœtus, muni de son cordon ombilical. Cinq jours après, on reconnut l'existence d'un nouveau fœtus qui présentait le bras et dont on fit l'extraction par les pieds. Après la délivrance, on trouva *une môle vésiculeuse* d'un volume considérable que l'on détacha en grande partie. La femme était près d'expirer (*Anc. Journ. de méd., chirurg. et pharm.*, tom. 28, *janvier* 1760.)

5o. *Valisnieri.* Les vésicules, dont il estimait le nombre à environ six mille, avaient été expulsées à la suite d'un embryon.

6o. *Hildan* rapporte qu'une femme fut délivrée à cinq mois d'une môle du poids de dix livres, sans avorter de l'enfant qu'elle portait. (Déjà cité.)

7o. *Pechlin,* dans une observation de même nature, dit qu'on trouva après la mort une complication d'hydatides et de grossesse fœtale.

8o. *Leclerc*, déjà cité, vit distinctement un placenta séparé de la môle hydatique par un cordon d'où partaient plusieurs filets, d'un rouge pâle.

9o. *Etmuller* a découvert un embryon informe dans une môle.

10o. *Paul Portal* a vu au centre d'une môle hydatique une vésicule du volume d'une aveline, dans laquelle nageait un petit corps ayant la forme d'un embryon de la grosseur et longueur d'une mouche.

11o. M. *Billard,* déjà cité, nous a dit qu'il tenait de l'accoucheur d'une dame d'Angers un exemple fort remarquable de grossesse hydatico-fœtale: l'expulsion des hydatides avait précédé de quelques mois la naissance d'un enfant vivant et à terme, lequel devint notre célèbre *Béclard.*

12o. *Gregorini* fait mention d'une môle vésiculaire dans laquelle est contenu un fœtus. *Blainville.*

C'est en vain que nous avons cherché à nous procurer ce Mémoire cité par M. *Blainville;* il ne se trouve ni à la Bibliothèque du roi ni dans celle de la Faculté de médecine de Paris.

NOTE No VI.

Sur la présentation du noyau central de la môle hydatique.

Il est bon de faire remarquer que, dans la plupart des cas qui nous sont connus, les femmes avaient rendu les hydatides avant l'arrivée des personnes appelées à les secourir.

1o. *Mauriceau* reconnut à l'orifice une espèce de chair confuse qui servait de base à cette masse, et d'où prenaient racines une infinité de filamens qui se terminaient par de petites vessies.

2°. *Paul Portal* sentit à l'orifice un corps mollasse qu'il prit pour un arrière-faix qui était adhérent à la bouche de la matrice.

3°. *Delamothe* reconnut un corps étranger, comme une môle produisant la perte sans qu'il y eût véritable grossesse.

4°. *Millot :* La plus petite des deux môles qu'il reçut se présentait par sa portion charnue.

5°. *Souville* trouva, à la fin du septième mois de la grossesse, l'orifice de la matrice dilaté, et il y sentit un corps mou qu'il prit pour un placenta.

6° et 7°. Dans les deux cas que nous avons observés et que nous rapportons dans ce Mémoire, nous trouvâmes aussi *le noyau central* de la masse vésiculaire sur l'orifice de la matrice.

Note N° VII.

Sur l'âge d'un certain nombre de femmes qui ont avorté, et qui sont accouchées d'une môle hydatique.

Une femme de Brest. (Nouv. de la république des Lettres, ann. 1684.)	21 ans.
La Malade de Bremser.	23
Sujet de la première Observation de Mme Boivin.	23
Collection Académ., page 634.	24
Lemon, déjà cité.	24
Alex. Agnelli.	25
Percy, deuxième Observ.	26
Crawfort.	27
Deuxième Observ. de Mme Boivin.	28
Litre, Histoire de l'Académ. des Sciences.	29
Picard de Louviers.	30
Premiere ann. du Cercle médical, tom. 1er, pag. 175.	31
Mauriceau.	32
Première ann. du Cercle médical, tom. 1er, pag. 174.	33
Fauconneau Dufresne.	33
Lanzonni.	39
Valeriola.	40
Jolly, anc. Joun. de méd. de Vanderm., tom. XXVIII.	42
Valisnieri.	43
Journ. de médecine, chir. et pharm., ann. 1776, tom. LXXXVIII.	44
Ancien Journ. de méd.	45
Stalpart Vanderwiel.	46
Percy. Observ. de la femme Galet.	46

Sur les vingt-quatre femmes dans l'âge de se reproduire, il en est onze, la moitié moins une, de vingt à trente ans; le quart de trente à quarante, et l'autre quart, plus une, de quarante à quarante-six ans. Il n'est donc pas exact de dire que les môles hydatiques se rencontrent plus souvent chez les femmes arrivées à l'âge critique qu'à tout autre âge de la vie. Le tableau ci-dessus prouve le contraire, puisque les trois quarts de ces cas ont eu lieu de la vingtième à la quarantième année, tems le plus ordinaire de la fécondité dans la durée de la vie de la femme.

Note N° VIII.

Relative à l'époque de la première perte de sang, et à sa durée pendant la gestation hydatique.

NOMS des Auteurs	ÉPOQUES de la première perte de sang.	ÉPOQUES de l'accouchement.	DURÉE de la perte de sang.	REMARQUES.
Dumonceau.	à 45 jours.	à 8 mois. . .	6 mois 1/2.	
Mme Boivin.	à 45 jours.	à 4 mois. . .	2 mois 1/2.	Ire Observation.
Litre.	à 2 mois.	à 6 mois. . .	4 mois. . .	
Crawfort.	à 3 mois.	à 7 mois. . .	4 mois. . .	
Souville.	à 3 mois.	à 7 mois. . .	4 mois. . .	
Percy.	à 3 mois.	à 8 mois. . .	5 mois. . .	la Fe Wolf.
Mme Boivin.	à 3 mois 1/2.	au 8e mois. .	4 mois 1/2.	IIe Observation.
Pichart.	à 4 mois.	à 4 mois. . .	«	
Millot.	à 4 mois.	à 4 mois. . .	«	
Delamothe.	à 5 mois.	à 5 mois 1/2.	15 jours. .	
Percy.	à 6 mois.	à 9 mois. . .	3 mois. . .	IIIe Observation.
Bremser.	à 7 mois.	à 8 mois. . .	1 mois. . .	
Jolly.	à 8 mois.	à 10 mois. . .	2 mois. . .	
Baudeloque.	au 11e mois.	au 11e mois. .	«	
	au 14e mois.	au 14e mois. .	«	

Quoi qu'en général les observations connues soient très inexactes sous le rapport qui fait l'objet de cette table, on voit que la première perte de sang se montre vers *le troisième mois ;* que l'expulsion des hydatides peut se faire sans être annoncée par des pertes antécédentes, comme dans le cas de *Pichart, Millot,* et les deux derniers de *Baudelocque :* que cette grossesse peut aller jusqu'au cinquième, sixième, septième et huitième mois, sans avoir été accompagnée, comme on le dit, de petites pertes de sang.

Note No IX.

Sur la disposition et la situation du col de l'utérus dans le cas de grossesse hydatique.

Observation de *Helm*, dans *Bremser*, pag. 304, édit. de Blainville; l'orifice de la matrice, que l'on ne pouvait pas atteindre avant le septième mois, se trouvait dilaté à cette époque, et accessible au toucher.

Souville : La matrice pesait sur le périnée, et occasionait des tenesmes au septième mois de grossesse. L'orifice était entrouvert d'environ 10 lignes.

Saviard : La maîtresse sage-femme de l'Hôtel-Dieu de Paris, dit-il, trouva l'orifice de l'utérus épais d'un bon pouce, et tout-à-fait clos.

Mme *Boivin*, l'auteur du Mémoire, trouva chez Mme Louise le col de l'utérus si élevé, à trois mois et demi de la grossesse, qu'il était presque impossible d'y atteindre. L'orifice externe était largement ouvert; l'interne très resserré : à quatre mois, le col utérin était beaucoup plus bas; il occupait le centre du vagin. Les orifices étaient dilatés à un certain degré.

Dans la deuxième observation de Mme Boivin, on a vu que chez Mme Claire, le col de l'utérus était très bas depuis le troisième jusqu'au sixième mois. L'orifice externe resta constamment fermé : l'utérus s'est relevé dans le septième mois; mais le col ne s'est pas entièrement effacé; l'orifice externe ne s'est ouvert que pour laisser passer la masse hydatique.

Il n'est donc pas rigoureusement vrai que l'orifice de l'utérus reste béant pendant toute la durée de la grossesse vésiculaire, ni que le col conserve sa situation naturelle.

Note No X.

Sur la durée de la gestation hydatique, observée sur un certain nombre de femmes.

Observ.	de Gaspard Wolff. .	3 mois.
	de Bonus.	3 mois.
	de Paul Portal. . .	3 mois.
Ire.	de Baudelocque. . .	3 mois.
Ire.	de Mme Boivin. . .	4 mois.
	de Smellie.	4 mois.
	de Lemon.	4 mois.
Observ.	de Nauche. (Voir Millot).	5 mois.
	de Millot.	5 mois.
	de Delamothe. . . .	5 mois 1/2.
	de Labrousse. . . .	6 mois.
	de Christ. Ovega. (Art. Méd. Lib. 3). . . .	6 mois.
	de Mauriceau. . . .	6 mois.
	de Leclerc.	6 mois.
Ire.	de Valeriola. . . .	6 mois.
IIe.	de Baudelocque .	7 mois.
	de la femme de Brest.	7 mois.
IIe.	de Mme Boivin. . .	7 mois et 8 j.
	de Souville. . . .	7 mois.
	de Crawfort. . . .	7 mois.
IIe.	de Valeriola. . . .	8 mois.
	de Demonceau. . .	8 mois.
	de Bremser	8 mois.
Ire.	de Percy.	8 mois.
	de Bonnettus. . . .	9 mois.
	de Stalpart Vanderwiel.	9 mois.
IIe.	de Percy.	9 mois.
IIIe.	de Percy.	10 mois.
	de Litre.	10 mois.
	de Jolly.	10 mois.
	de Baudelocque.	11 mois. 14 mois.

On remarquera dans la table ci-dessus, que l'époque du part hydatique correspond à celles où se font le plus souvent l'avortement et l'accouchement prématuré. *Trois* seulement sur *trente-deux* ont été jusqu'à neuf mois.

Quant aux cas de part dans les *dixième, onzième* et *quatorzième* mois, les femmes étaient-elles certaines de l'époque de leur grossesse?

Nous avons réuni dans *cette note* tous les cas qui se sont offerts à nos recherches, et dans lesquels l'époque de l'expulsion des vésicules était mentionnée. En général, sur ce point comme en beaucoup d'autres, ces observations laissent infiniment à désirer.

Note No XI.

Sur les dangers que présente le part hydatique. — Huit exemples.

1o. *Smellie* (tom. 11, pag 118.). La femme avait des pertes si violentes, elle en était tellement affaiblie qu'il doutait si elle en pourrait revenir. Elle se rétablit peu à peu contre l'attente de l'auteur.

2o. Dans le cas de *Crawfort*, la femme rendit tout à coup *une pinte et demie de sang ;* elle en avait perdu à peu près autant dans les trois mois qui avaient précédé.

3o. La dame dont parle *Levret*, était d'une si grande faiblesse lorsqu'il fut appelé, qu'on avait tout lieu de craindre pour la vie de la malade, tant elle avait perdu de sang.

4°. *Saviart* (*Nouv. rec. d'Observ.*) dit qu'une femme de trente-deux ans, après avoir éprouvé des pertes violentes pendant trois semaines, fut forcée de garder le lit pendant sa grossesse, à cause de l'état d'épuisement où elle était réduite.

5°. Le docteur *Leray*, dans sa deuxième observation, dit que l'hémorrhagie avait été fréquente et fort abondante pendant la grossesse: c'est, ajoute-t-il, dans un *état presque imminent* que la masse hydatique fut expulsée.

6°. *Souville :* La perte de sang augmenta, les faiblesses survinrent au moment du part. L'auteur crut *que la mort allait terminer la scène.* La malade ne s'est qu'imparfaitement rétablie, puisqu'elle était menacée d'une hydropisie de poitrine.

7°. Demonceau dit qu'après l'expulsion de la môle, la malade était près d'expirer de faiblesse.

8°. Le sujet de la première observation de ce Mémoire était réduit à un état d'épuisement qui laissait des craintes pour les suites.

Note N° XII.

Sur les cas de grossesse ou de part hydatique mortels : Sept exemples.

1°. *Home :* La femme mourut avant l'expulsion des hydatides, épuisée par des pertes de sang et des vomissemens violens. (Transact. of a Society, vol. II, pag. 300.)

2°. *Moth :* Rupture de l'utérus, occasionée par la présence d'une masse énorme d'hydatides, dont une partie était passée dans la cavité abdominale. (Voir Noticule, n° 3.)

3°. *Unerwolf :* La femme est morte avant d'expulser les hydatides. On trouva dans l'utérus, non seulement les corps vésiculaires, mais une môle charnue du poids de 9 livres. (Voir pour ces deux derniers cas, la Collect. académ., tom. VII, pag. 143 et 144, ainsi que les Actes de Copenhague, ann. 1671 et 1672.)

4°. *Pechlin* (Lib. XI, Observ. 19). Cas de grossesse fœtale composée de môle hydatique. La femme mourut avant l'accouchement.

5°. *Lanzoni.* La femme avait trente-neuf ans, et mourut hydropique : lorsque l'on ouvrit la matrice, qui était développée et flottante au milieu de l'eau, il se présenta une masse de vésicules au nombre de trente, contenant un fluide qui se durcit au feu.

6°. *Delamotte :* Sa malade, après une perte de sang qui avait duré quinze à dix-huit jours, était réduite à un état si pitoyable qu'elle mourut dix à douze heures après avoir été délivrée de la môle.

7°. Le docteur *Picard*, de Louviers, en arrivant près de sa malade, dont la perte durait depuis plusieurs mois, la trouva sans pouls, baignée dans son sang, venant de rendre la masse hydatique qui était encore près de la vulve : cette femme mourut le quinzième jour de l'expulsion de la môle, par suite de la perte considérable de sang qu'elle avait essuyée.

Cette terminaison funeste de la malade nous a été communiquée par le professeur Chaussier qui l'avait apprise de M. Picard, depuis l'insertion de son Mémoire au Journal de méd., chir. et pharm., mai 1821, tom. XI, page 22. Aussi n'y est-il point fait mention de la mort de cette femme.

FIN DU TOME SECOND.

TABLE

DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.